

(1^{re} Série

FACULTE DE MÉDECINE DE NANCY

N° 212)

DES
TERMINAISONS
DU
PHLEGMON PRÉVÉSICAL
(CAVITÉ DE RETZIUS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE JEUDI 30 JUILLET 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Henry VILLIERS

Né à Baccarat (Meurthe-et-Moselle), le 23 juillet 1860

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1885



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0072

DES
TERMINAISONS
DU
PHLEGMON PRÉVÉSICAL
(CAVITÉ DE RETZIUS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE JEUDI 30 JUILLET 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Henry VILLIERS

Né à Baccarat (Meurthe-et-Moselle), le 23 juillet 1860

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. { ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, prof. M. BÉCHET, prof. adjoint.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M MACÉ, agrégé, chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, *président* ; MM. CHRÉTIEN, E. PARISOT, ROHMER.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AFFECTION FILIALES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROHMER

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

Le but de notre travail n'est pas de refaire l'histoire du phlegmon de la cavité de Retzius ; nous tenons seulement à insister sur ses différentes terminaisons et spécialement sur un cas que nous avons eu l'occasion d'observer en 1884 à la clinique de Monsieur le Professeur agrégé Rohmer, suppléant Monsieur le Professeur Gross. Nous voulons parler d'un phlegmon prévésical qui, malgré une incision faite à la peau, s'est ouvert spontanément dans un segment de l'intestin grêle, de sorte que les matières fécales s'écoulaient au dehors par la plaie abdominale en même temps que le pus provenant de la cavité. Il en est résulté, en un mot, une fistule pyo-stercorale qui a guéri sans aucune intervention et assez rapidement.

Ce mode de terminaison, favorable dans cette observation, aurait pu être une complication très-grave, car les adhérences intestinales qui se sont produites, ont prévenu une péritonite généralisée, rapidement mortelle.

On sait que ces adhérences ou en un mot que cette péritonite circonscrite est un moyen employé par la nature pour faciliter l'expulsion du pus et prévenir ainsi l'épanchement de ce liquide dans le péritoine. L'incision cutanée n'a été dans ce cas qu'une porte de plus, et c'est ce qui a permis la guérison rapide de l'affection.

Les différentes monographies qui traitent du phlegmon de la cavité de Retzius ne mentionnent pas, ou mentionnent à peine, cette terminaison des phlegmons prévésicaux : ce point n'a été signalé que pour les abcès périnéphrétiques, les péri-typhlites suppurées, les abcès de la fosse iliaque et les supurations qui s'accompagnent de la sortie de vers intestinaux : à ce propos nous devons citer la thèse de Blin (Paris 1879) sur les « *Fistules pyostercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies.* » L'auteur éloigne du sujet les collections purulentes périhépatiques, périspléniques, périutérines et périvésicales, et il explique cette immunité par les rapports de ces organes avec le péritoine.

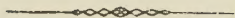
A part l'observation principale de la thèse de *Macarez* sur les « *Phlegmons de la cavité de Retzius* » (Lille 1881), où la terminaison par ouverture de l'intestin est signalée, nous n'avons pas trouvé d'observations semblables à la nôtre. Lorsque l'ouverture de la collection est rapportée comme s'étant faite dans l'intestin, on ne dit pas dans quel segment intestinal : on a presque toujours en vue le gros intestin, le cœcum dans le cas de péri-typhlites consécutives, ou le rectum dans le cas où le pus fuse vers cet organe.

Etant donné ce petit nombre de faits, nous avons pensé qu'il y avait là une lacune que nous avons essayé de combler en partie, en prenant comme sujet de notre thèse inaugurale les terminaisons du phlegmon de la cavité de Retzius.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier Monsieur le Professeur agrégé Rohmer qui nous a inspiré le sujet de notre travail en mettant à notre disposition l'observation principale, et qui nous a aidé de ses précieux conseils pendant notre rédaction.

Que Monsieur le Profeseur Gross, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale, veuille bien agréer ici tous nos remerciements pour l'observation qu'il nous a communiquée, et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant tout le cours de nos études médicales.

Merci aussi à notre ami Steinmetz, pour l'obligeance qu'il a eue en mettant à notre service ses connaissances de la langue allemande.



HISTORIQUE

C'est en 1856 qu'un anatomiste Suédois, *Retzius*, présenta à l'Académie de Stockolm une description spéciale de la cavité qui porte son nom : ce travail fut communiqué en 1858 par le Dr Hyrtl à l'Académie des sciences de Vienne.

M. Bernutz en 1850 avait cependant publié des observations sous le nom de « *Phlegmons de la paroi abdominale antérieure* » (Archives générales de médecine, 1850, T. 23).

Constantin Paul faisant l'éloge de *J.-J. Bouley*, dans son livre sur les « *Maladies du cœur* », dit que c'est à lui que revient l'honneur d'avoir diagnostiqué le premier un abcès situé dans la cavité préperitonéale de Retzius : il décida le chirurgien à faire l'opération et guérit son malade.

La thèse de *Labuze* (Paris 1871), qui est citée comme se rattachant aux phlegmons prévésicaux, traite « *Des abcès développés dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen* » ; il adopte les opinions de Retzius sur le siège de ces abcès.

Les thèses de *Vaussy* (Paris 1875) et de *Poisson* (1877) sur « *les Phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure* » relatent un assez grand nombre d'observations qui paraissent appartenir à l'histoire des phlegmons prévésicaux.

Jusqu'à ce moment, la confusion a cependant régné, et il faut en arriver à la thèse de *Castaneda y Campos* (Paris 1878) pour trouver un travail spécialement consacré aux « *Phlegmons de la cavité préperitonéale de Retzius*. »

L'année suivante, *Gérardin* consacra son travail inaugural à ce même sujet ; ces deux thèses furent inspirées par les leçons du Professeur Guyon. *Gérardin* insiste principalement sur les symptômes de ces phlegmons et il cherche à les différencier des affections avec lesquelles ils sont le plus souvent confondus.

La thèse d'agrégation de *M. Bouilly* (Paris 1880) sur les « *Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité de Retzius* », traite des tumeurs phlegmoneuses, des collections traumatiques ou spontanées, et des néoplasmes qui peuvent se montrer dans la région prévésicale.

Dans la Gazette médicale de Paris (1880 et 1883), *M. Pauzat*, aide-major au Val-de-Grâce, dans plusieurs chapitres intitulés : « *Du phlegmon prévésical* », a communiqué de nouvelles recherches anatomiques sur la cavité de Retzius et publie plusieurs observations. Nous rapporterons brièvement les conclusions de ce travail au chapitre d'anatomie, ainsi que le résumé des observations.

La thèse de *Macarez* (Lille 1881), inspirée par M Wannebroucq, renferme quatre observations inédites de phlegmons de Retzius : nous en donnerons le résumé, sauf l'observation principale que nous rapporterons in extenso avec l'autopsie, car elle se rattache de tout près à notre travail.

Nous citerons en outre une observation parue dans la Gazette des hôpitaux (1880), où *M. Tillaux* donne des indications pour pratiquer le drainage abdomino-vaginal ; une observation de *M. Guyon* parue dans le Progrès médical de 1885, une observation de *M. Bouilly* publiée dans la Gazette médicale de Paris (1884), où le phlegmon prévésical s'est terminé par une péritonite suraigüe, et enfin une observation inédite due à M. le professeur Gross.

Toutes ces observations ne nous serviront qu'au point de vue de la terminaison de la maladie, le seul auquel nous avons la prétention de nous placer dans ce travail, la question entière ayant été traitée de main de maître par M. Bouilly, dans sa thèse d'agrégation.



PLAN.

Voici quelles seront nos divisions :

Dans un premier chapitre, nous donnerons un résumé de l'anatomie de la cavité prévésicale de Retzius et de ses rapports avec les organes voisins.

Un second chapitre sera consacré aux terminaisons ordinaires des phlegmons de cette cavité : nous citerons à propos de chacune d'elles toutes les observations que nous avons pu recueillir, mais seulement en les résumant.

Dans un troisième chapitre nous étudierons plus spécialement la terminaison que nous avons observée et nous tâcherons d'expliquer le mécanisme de sa formation.

Enfin un dernier chapitre sera consacré à l'exposé de quelques considérations thérapeutiques, et nous terminerons par nos conclusions.



CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET ÉTIOLOGIQUES.

L'existence de la cavité de Retzius est aujourd'hui admise par tous les anatomistes, sous les noms de cavité prévésicale, cavité prépéritonéale, loge de Retzius ; mais où commencent les divergences, c'est lorsqu'il s'agit de décrire la façon dont se composent les différentes couches de la paroi abdominale profonde au niveau de la face antérieure de la vessie, lors d'inflammation sous-péritonéale.

Il résulte de toutes les discussions et descriptions, qu'il existe à la région hypogastrique, en avant de la vessie, un espace rempli de tissu cellulaire très lâche destiné à l'augmentation de la vessie, lorsque celle-ci est distendue par l'urine : cet espace est virtuel à la vérité, mais il peut à un moment donné, devenir une véritable poche, et s'étendre des lignes semi-circulaires de Douglas jusqu'au plancher du petit bassin.

La cavité de Retzius est située en dehors du péritoine ; en effet, celui-ci après avoir tapissé la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, se réfléchit à une certaine distance du pubis pour tapisser la face antérieure et supérieure de la vessie ; il forme ainsi le cul-de-sac antérieur du péritoine, ou cul-de-sac pubio-vésical.

Les limites de la cavité de Retzius seront donc :

En avant, la symphise pubienne et la face postérieure de la paroi abdominale antérieure ;

En arrière, la vessie ;

En haut, les arcades de Douglas ;

En bas, la limite n'est pas nette, elle se continue à la partie inférieure et sur les côtés avec le tissu cellulaire périvésical et avec celui du petit bassin.

Latéralement, le bord externe des muscles grands droits.

C'est dans cette cavité remplie de tissu cellulaire que se développent les phlegmons qui nous occupent. Cette région a été l'objet d'autres descriptions, d'une part par M. le docteur Heurtaux, de Nantes, d'autre part, par M. Pauzat.

M. Heurtaux, tout en admettant la loge de Retzius, a décrit sous le nom de phlegmon sous-ombilical, une affection qu'il différencie du phlegmon de la cavité de Retzius ; la tumeur aurait une forme elliptique, sa grosse extrémité serait dirigée en haut au niveau même de la cicatrice ombilicale, et son sommet dirigé en bas vers le pubis. Elle serait caractérisée, d'après M. Heurtaux, par ses faibles dimensions et par l'absence de troubles urinaires, contrairement aux symptômes donnés par les tumeurs prévésicales.

Ces deux cavités, loge de Retzius et cavité de Heurtaux, peuvent franchir leurs limites et s'envahir réciproquement ; nous voyons, en effet, que dans un grand nombre d'observations, le volume du phlegmon prévésical est considérable, il remonte souvent jusque près de l'ombilic : de plus, une des terminaisons spontanées assez fréquentes, c'est l'ouverture de la cavité purulente à l'ombilic ou près de l'ombilic.

Dans un travail sur les « *Phlegmons de la région prévésicale* » publié dans la Gazette médicale de Paris 1880 et 1883,

M. Pauzat, aide-major au Val-de-Grâce, n'admet pas que la paroi antérieure de la cavité prévésicale soit formée par la face postérieure des muscles droits et la partie antérieure de leur gaine. Retzius a tort, dit-il, de ne pas tenir compte du feuillet antérieur ou symphisien qui, des arcades de Douglas, se fixe au pubis : le feuillet postérieur part des arcades de Douglas, et double le péritoine en se réfléchissant sur la vessie.

M. Pauzat distingue en avant de la vessie deux espaces : l'un, l'espace sous-musculaire et l'autre l'espace prévésical vrai. Il y aurait donc, d'après lui, deux sortes de phlegmons : l'un sus-pubien correspondant à l'espace prévésical sous-musculaire, l'autre rétro-pubien correspondant à l'espace prévésical vrai. Mais il peut y avoir envahissement réciproque de ces cavités.

Nous garderons à la cavité de Retzius les limites qui lui ont été données au début de ce chapitre.

Examinons maintenant, au point de vue de la terminaison des phlegmons prévésicaux, quels sont les organes qui sont le plus directement en rapport avec eux ; nous aurons à faire usage tout-à-l'heure de ces données.

Nous avons vu dans l'anatomie le péritoine former le cul-de-sac pubio-vésical, puis tapisser le sommet de la vessie. De là, la séreuse recouvre la face postérieure de la vessie. A partir de ce moment, les rapports changent chez l'homme et chez la femme, à cause de l'interposition chez la femme de l'utérus et du vagin entre la vessie et le rectum.

Le péritoine, après avoir recouvert environ la moitié supérieure de la face postérieure de la vessie, se réfléchit de bas en haut pour tapisser la face antérieure de l'utérus ; il forme ainsi le cul-de-sac vésico-utérin. Puis il recouvre le sommet,

la face postérieure de l'utérus et remonte sur la face antérieure du rectum en formant un nouveau cul-de-sac ou utéro-rectal. De là, il se réfléchit sur les faces latérales du rectum.

Chez l'homme, le péritoine passe directement de la vessie au rectum en formant le cul-de-sac vésico-rectal.

Il résulte de ces considérations générales que le tissu cellulaire prévésical est en communication avec le tissu cellulaire du petit bassin et par conséquent avec tous les organes contenus dans cette cavité. C'est ainsi que nous verrons le pus se faire jour soit dans la vessie, soit dans le vagin, soit encore dans le rectum, sans perforer le péritoine. Il pourra de même s'étendre jusque dans les fosses iliaques, occasionner spécialement à droite une pérityphlite et consécutivement une ouverture dans le cœcum sans intéresser le péritoine qui ne tapisse pas sa face postérieure.

La cavité prévésicale distendue peut, comme nous l'avons vu plus haut, s'étendre jusqu'à l'ombilic en envahissant la cavité de Heurtaux ; il est nécessaire alors que le pus ait refoulé le péritoine en arrière. La tumeur sera, dans ce cas, limitée en avant par la paroi abdominale antérieure, et en arrière par le péritoine, en haut par la cicatrice ombilicale ; la peau en avant, et le péritoine en arrière adhèrent intimement au pourtour de cet anneau, il résulte qu'à ce niveau la paroi abdominale est extrêmement mince ; de plus, la ligne blanche est bien plus faible à cet endroit par suite de l'écartement des bords internes des muscles droits ; c'est ce qui explique la distension de la cicatrice ombilicale et son refoulement en avant, dans le cas d'ascite par exemple ; c'est pour cette même raison aussi que ce point est le lieu d'élection pour l'ouverture spontanée de nombreuses affections et en particulier des phlegmons prévésicaux.

Il n'est pas nécessaire que la collection purulente s'étende jusqu'à l'ombilic pour que le pus s'y fasse jour. Nous savons, en effet, que de l'ombilic partent quatre cordons fibreux, l'un qui se dirige en haut, en arrière et à droite, et qui est le vestige de la veine ombilicale; les trois autres se dirigent directement en bas; l'un d'eux est médian et vertical, l'ouraqué; les deux autres sont obliques et représentent les artères ombilicales. C'est en remontant le long de ces cordons fibreux que le pus arrive au niveau de l'ombilic.

Enfin le voisinage du péritoine qui tapisse la face postérieure de la cavité purulente explique l'irruption fréquente du pus dans la cavité péritonéale.

Tels sont les rapports immédiats du phlegmon prévésical avec les organes voisins.

Avant de passer au chapitre de la terminaison, rappelons qu'au point de vue étiologique, ces phlegmons se divisent en idiopathiques et symptomatiques ou propagés; nous n'aurons pas besoin de conserver cette division, car nous ne les considérons qu'au point de vue de leurs terminaisons; le tissu cellulaire prévésical étant en communication avec le tissu cellulaire du petit bassin, les phlegmons nés dans celui-ci, pourront secondairement envahir la loge de Retzius, et par suite avoir la même terminaison que les phlegmons nés dans la cavité même ou idiopathiques. — Sans insister sur l'étiologie, disons qu'on a donné à cette affection des causes très-variables; ce sont tantôt des troubles digestifs, des coliques violentes, des purgatifs drastiques, la blennorrhagie, la fièvre typhoïde, l'état puerpéral, la suppression des règles, l'hydropisie enkystée du péritoine, et quelquefois les contusions, dans lesquelles on a rangé les bains de mer.

Macarez dit que ces contusions agissent en froissant le tissu cellulaire de la loge. Dans notre observation, l'étiologie est nette ; le malade était maçon, et il portait des pierres en les appuyant sur son ventre ; nous verrons que cette étiologie nous expliquera la terminaison de l'affection chez le malade que nous avons suivi.

Bouilly considère l'influence des contusions comme douteuse, quoique, dit-il, le traumatisme soit nettement indiqué dans les antécédents de plusieurs malades. Il cite une observation de Bourrienne qu'il qualifie de douteuse ; c'est l'histoire d'un soldat qui, en voulant soulever une caisse lourde qu'il ne put maintenir, eut la paroi abdominale froissée, et à la suite un vaste abcès.

D'autres observations portent comme antécédents des chutes ou des coups sur la région hypogastrique. Ainsi, un jeune homme de 20 ans, qui avait reçu dans la région hypogastrique un coup qui l'avait arrêté pendant quelque temps, fut atteint trois ans après d'un phlegmon qu'on trouva adhérent à la vessie ; il est résulté de l'opération une fistule hypogastrique qui se termina par la guérison.

D'après M. Pauzat, les phlegmons prévésicaux ont une étiologie différente suivant leur siège ; les phlegmons sus-pubiens proviennent d'épanchements sanguins situés à la face postérieure des muscles droits, et les phlegmons rétro-pubiens sont la conséquence d'une affection des organes du petit bassin.



CHAPITRE II

TERMINAISONS DU PHLEGMON PRÉVÉSICAL.

Dans toutes les observations, que le phlegmon de la cavité prévésicale soit idiopathique ou symptomatique, c'est-à-dire né d'une lésion de voisinage, on peut admettre deux périodes dans la marche de cette affection; elles sont désignées par M. Bouilly sous le nom de périodes prodromique et d'état. La première est caractérisée par des troubles généraux, par des douleurs vives; en même temps se manifestent des troubles intestinaux et des modifications dans la miction.

Dans la deuxième période, on constate une tuméfaction hypogastrique qui simule presque toujours la forme de la vessie distendue par l'urine.

C'est à ce moment que l'on observe les différents modes de terminaison, qui peuvent se grouper en trois principaux :

- 1° La résolution ;
- 2° L'induration ;
- 3° La suppuration.

Cette dernière terminaison pourra elle-même se décomposer en plusieurs autres, suivant que la collection sera ouverte par la main du chirurgien ou qu'elle s'ouvrira spontanément soit à l'extérieur, soit dans un des organes internes voisins.

I. — Terminaison par Résolution.

La terminaison qui peut être regardée comme de beaucoup la plus heureuse, c'est la *résolution* : d'après le dépouillement de toutes les observations que nous avons pu rencontrer et qui sont au nombre de 61, nous la trouvons signalée 5 fois ; M. Bouilly l'a trouvée 8 fois ; mais dans les trois autres, il est resté une plaque indurée, et nous les retrouverons à propos de la terminaison par induration.

La résolution est caractérisée par l'amendement de tous les symptômes, par la disparition de la fièvre et de la douleur, et enfin par la diminution progressive de la tumeur elle-même ; quelques-uns de ces symptômes peuvent être constatés par le palper abdominal associé ou non au toucher vaginal et au toucher rectal.

Observation I (Résumée). — (In Castaneda y Campos, th. Paris, 1878).

X..., service de M. Guyon, est atteint de rétention d'urine ; il accuse des douleurs vives dans la moitié inférieure de l'abdomen ; difficulté de la miction. On perçoit une tumeur analogue à la vessie distendue. Application de vésicatoires. Résolution en moins d'un mois.

Observation II (R.). — (In Gérardin, th. Paris, 1879).

S..., 13 ans, est sujet à des coliques. Douleurs vives dans le ventre le 16 novembre 1878 et les jours suivants. Le 29, M. Brouardel constate une grosseur dans la région hypogastrique, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Au toucher rectal, tumeur dure au-dessus de la prostate. Diminution progressive de la tumeur et des douleurs. Le 17 décembre, résolution complète.

Observation III (R.). — (Fernet, in thèse de Gérardin).

Jeune homme de 18 ans, se plaint d'une douleur vive à l'hypogastre accompagnée d'une tuméfaction de cette région. Sensation de fluctuation nette par le toucher rectal. Antiphlogistiques. Au bout de trois semaines guérison : il ne s'échappa du pus par aucune ouverture naturelle.

Observation IV (R.) — (Vallin. Soc. méd des Hôp. 1877, in thèse de Bouilly).

X..., 25 ans, est pris d'une indigestion à la suite d'un repas copieux, le 23 mai 1877. Le 28 mai, douleurs vives à l'hypogastre, vomissements; fièvre intense, miction douloureuse, incontinence de matières fécales. Le 3 juin, M. Guyon trouve au-dessus du pubis une tuméfaction simulant une vessie distendue, s'élevant à 8 centimètres au-dessus du pubis et se prolongeant à droite et à gauche. En arrière de la prostate, on sent une tuméfaction communiquant avec celle de l'hypogastre. Le 6 juin on applique 17 sangsues. Le 8, diminution de la tension hypogastrique : vésicatoires. La tumeur se réduit de jour en jour. Guérison complète le 2 juillet.

Observation V (R.). — (In thèse de Macarez. Lille, 1881).

Deroubaix Marie, 21 ans, service de M. Wannebroucq en novembre 1880. Accouchement en septembre ; pertes de sang. Constipation. Miction douloureuse. Abdomen sensible. On constate une tumeur au-dessus du pubis ; elle est dure, bosselée et s'étend de la face postérieure de la symphise pubienne jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Empâtement dur dans la fosse iliaque gauche en communication avec la tumeur rétro et sus-pubienne. Diagnostic : phlegmon du ligament large gauche et phlegmon de Retzius. Au bout de 6 semaines guérison par résolution.

II. — Terminaison par induration.

On peut constater dans certains cas, après la résolution, la persistance derrière le pubis d'une masse dure. Cette terminaison par *induration* se trouve notée dans trois observations ; toutes trois sont citées dans la thèse de M. Bouilly, mais il

n'admet cette terminaison que théoriquement ; il ne cite l'observation de M. Arnould que comme un exemple à peu près certain. Sans admettre avec M. Bouilly que la plaque dure qui succède à la suppuration ou à l'ouverture d'un foyer inflammatoire soit une terminaison par résolution, dans les deux autres cas qu'il cite, il n'y a jamais eu d'ouverture du foyer purulent, ni de traces de pus dans les selles. Nous donnerons cependant ici le résumé de ces trois observations.

Gérardin admet cette terminaison par induration, qu'elle soit consécutive ou non à une suppuration.

Castaneda y Campos aussi ne fait que la signaler comme possible.

On peut, en effet, se demander si cette induration n'est pas une résolution retardée : cette terminaison dépendra de la marche de l'affection : tel phlegmon se terminera par résolution en peu de jours, tel autre passera par une période d'induration.

Observation VI (R). — (Arnould. Gaz. méd. 1877, in thèse de Bouilly).

Jeune soldat : après huit jours de coliques, de constipation et de fièvre, douleur et tuméfaction de la région sous-ombilicale de l'abdomen : le troisième jour, on constate une tumeur médiane sus-pubienne. Au quinzième jour, large plaque dure s'étendant depuis 4 centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis, elle a une forme triangulaire. A la fin de la maladie, quelques difficultés dans la miction.

Observation VII (R.). — (Bull. Soc. Méd. 1877, in thèse de Bouilly).

Delmas, 27 ans, ressentit, le 27 août, de vives douleurs dans le bas-ventre avec constipation. Le 2 septembre, face grippée, extrémités froides, pouls petit, vives douleurs abdominales. Le 4, la région hypogastrique est empâtée, vomissement de deux lombrics dans la soirée,

un le lendemain, et trois le 8. Le 15 septembre, chute de la température : à partir de ce jour, résolution lente de la tumeur ; pas de pus dans les selles.

Le 11 octobre le malade est guéri ; il reste une induration profonde, mais indolente, à la région hypogastrique.

Observation VIII (R.). — (In thèse de Bouilly).

Enfant qui se plaint d'une douleur dans le ventre. Saillie à gauche de l'hypogastre. Tuméfaction diffuse au niveau du cul-de-sac vésico-rectal. Pendant un mois, on ne constate pas de pus dans les selles. Lorsque l'enfant sort guéri de son affection, au toucher rectal on sent une plaque dure, nullement douloureuse.

III. — Terminaison par Suppuration.

Le plus souvent, le phlegmon prévésical se termine par *suppuration* : c'est là une terminaison fréquente, mais qui n'est grave que si elle n'est pas diagnostiquée et si le pus n'est pas évacué à temps par la main du chirurgien. Dans ce cas, tous les symptômes notés plus haut s'exagèrent : les douleurs deviennent plus vives, le malade ne peut même pas supporter le contact des draps du lit, les frissons se répètent, la fièvre augmente, et en même temps les signes locaux deviennent plus évidents. La tuméfaction s'accroît de plus en plus ; la peau se tend, elle devient lisse, oedémateuse. Les troubles de la miction deviennent plus grands : on a même signalé la rétention d'urine. Au bout de quelque temps, la tumeur se ramollit, et on peut à ce moment percevoir la fluctuation.

Cette terminaison est celle de toutes les observations qui nous restent à résumer, c'est-à-dire un total de 53 cas. Nous allons passer en revue tous les différents modes de cette terminaison.

a). Incision.

Si la suppuration a été diagnostiquée à temps, le chirurgien ouvre le foyer purulent, soit par une incision à la paroi abdominale, ordinairement sur la ligne médiane et plus ou moins près du pubis, soit par une ponction aspiratrice. C'est le plus souvent à l'incision qu'on a recours, et nous la trouvons pratiquée 17 fois. Nous ne comprenons pas ici les cas où il y a eu ouverture spontanée dans un endroit quelconque et où on est cependant intervenu par une incision : ces observations trouveront leur place ailleurs.

Observation IX (R.). — (Dumas, *Montpellier médical*, 1877, tome 38, p. 98).

M. X... phlegmon ombilical et péri-ombilical propagé au tissu cellulaire sous-péritonéal, consécutif à un intertrigo de l'ombilic. Incisions cutanées. Guérison.

Observation X (R.). — (Civiale, *Gaz. des Hôp.* 1840, in Bouilly).

Homme adulte, atteint de la pierre, traité par la lithotritie. Douleur et induration à l'hypogastre : bientôt augmentation de volume, fluctuation, incision médiane : écoulement de peu de pus. Issue de beaucoup de pus après un effort pour monter en voiture.

Observation XI (R.). — (Trécourt, *Mém. et Observ. de Chirurgie* 1769, XV^e Obs. in Bouilly).

Fille de 22 à 23 ans, ayant mis ses pieds dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles, eut un abcès à la cuisse : puis il s'en forma un autre au-dessus de l'os pubis : douleurs atroces. Au bout de quelques jours suppuration nette, incision à droite à 2 doigts de la ligne blanche : vaste cavité. Contr'ouverture au même niveau à gauche.

Quelques jours après, section de la ligne blanche par un autre chirurgien, hémorrhagie, issue d'urine. Il en résulta une impossibilité d'uriner à moins de presser avec la main la région de la vessie.

Observation XII (R.). — (Mauquest de la Motte. Traité de chirurgie. Edit. de Sabatier ; in Bouilly).

En avril 1697, un soldat du régiment de Vautès ressentit des douleurs très-vives dans l'abdomen : au bout de quelque temps, apparut une tumeur à la partie supérieure et latérale de la région hypogastrique droite. Suppuration. Incisions (y compris le péritoine, dit l'auteur) : il en sortit une quantité surprenante de matière. Santé parfaite au bout d'un mois.

Observation XIII (R.). — (Archives de médecine, 1^{re} série, t. XX, par Castara, chirurgien à Lunéville ; in Bouilly).

Soldat porteur d'un chancre, et d'un bubon à droite, douleur et tuméfaction à l'hypogastre. Incision superficielle : le malade ne permet pas d'inciser plus profondément, puis il cède et il s'écoule un pus blanc jaunâtre, épais, sans odeur. Rechute au bout de quelques jours : nouvelle incision : un stylet arrive sur la vessie. Guérison.

Observation XIV (R.). — (Constantin Paul (loc. cit.) ; in Bouilly).

Riou V., 31 ans, entre à l'hôpital Necker pour une fièvre typhoïde légère. Douleur et tuméfaction à l'hypogastre. Douleur à la miction. Incision verticale sur la ligne médiane de 4 à 5 centimètres : issue immédiate d'une énorme quantité d'un pus bien lié et très-fétide : la cavité s'étend jusqu'à 5 cent. de l'ombilic. Drainage.

Observation XV (R.). — (In Vaussy, th. de Paris 1870).

C. Chapelain, 11 ans, est pris de malaise et de fièvre : douleurs vives dans l'abdomen, ventre dur, volumineux dans toute la région située au-dessous de l'ombilic. Au bout d'un certain temps, il apparaît un point rouge de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, immédiatement au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane. L'ouverture spontanée paraît prochaine. Incision, écoulement de pus très-fétide, mais sans odeur stercorale. Ecoulement abondant les jours suivants, cicatrisation de la fistule, guérison.

Observation XVI (R.). — (In Labuze, th. de Paris 1871).

J. L., 27 ans, a eu il y à deux mois une blennorrhagie qui est actuellement guérie. Il y a 8 jours, tumeur douloureuse qui s'est étendue peu à peu entre le pubis et l'ombilic. Miction fréquente. La tumeur proémine, la peau rougit: fluctuation nette, incision, issue considérable de pus de bonne nature. Guérison le 17 avril 1861.

Observation XVII (R.). — (Guyon, in thèse de Gérardin, Paris 1879).

V., 26 ans, portait dans l'abdomen en juillet 1877 une tumeur volumineuse remontant à environ 4 travers de doigt au-dessus de la symphise. Le malade avait reçu en 1870-71 une balle dans la fesse. On hésite entre un néoplasme et un phlegmon sous-péritonéal. En octobre incision, écoulement de 3 litres de pus. Guérison en janvier 1879.

Obsrevation XVIII (R.). — (In thèse de Frasey, 1877).

Jeune homme de 20 ans, reçut il y a 3 ans un violent coup de timon de voiture à l'hypogastre. Douleur dans le bas-ventre, qui se dissipa. Trois ans après, sans cause appréciable, tuméfaction avec douleurs abdominales : incision, grande quantité de pus. A l'entrée du malade à la Pitié, on constate plusieurs trajets fistuleux, opération par l'écraseur linéaire par M. Verneuil, écoulement d'un flot d'urine. Suture vésicale. Guérison. (La vessie était adhérente à la paroi supérieure du foyer purulent.)

Observation XIX (R.). — (Civiale, in Chassaignac. Traité de la suppuration. In Bouilly).

Homme de quarante ans, rétrécissement de l'urèthre, douleur et tuméfaction à la région hypogastrique. Incision, énorme quantité de pus. Un stylet arrive sur le sacrum. Guérison au bout de plusieurs semaines.

Observation XX (R.). — (Gazette médicale de Paris 1880. M. Panzat, in thèse de Bonilly).

T... Victor, 22 ans, incorporé le 22 novembre 1878 au 8^e dragons. Exercices de cheval répétés. Il entre au Val-de-Grâce le 12 décembre 1879. On constate une tumeur médiane, sous-musculaire, sans prolongements dans le petit bassin: la grosse extrémité remonte jusqu'à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic; elle se termine derrière le pubis. Pas de troubles vésicaux. M. le Professeur Gaujot diagnostique un phlegmon prévésical. Au bout de quelque temps la fièvre se déclara et la fluctuation devint de plus en plus superficielle. Incision de 4 centimètres sur la ligne médiane, écoulement d'un verre de pus noirâtre, sanguinolent, peu fétide. Par l'introduction du doigt on constate une cavité centrale. Pendant plusieurs jours, écoulement abondant de pus: puis cicatrisation de la plaie; on constate une induration qui a disparu le 15 mars, à la sortie du malade.

Observation XXI (R.). — (In thèse de Macarez, Lille 1881).

Fagnart Maria, 21 ans, service de M. le Professeur Wannebroucq, le 24 octobre 1879: dans les jointures, douleurs d'origine blennorrhagique. Cinq ou six jours après son entrée, pelvipéritonite: puis il se forme une tumeur s'étendant de la face postérieure du pubis jusqu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic. Diagnostic: Phlegmon de Retzius. 2 ponctions, issue de pus fétide. Guérison le 5 mars.

Observation XXII (R.). — (In thèse de Macarez, Lille 1881).

Milo Gustave, 8 ans, entre au service de M. Wannebroucq le 16 juillet 1879: maigreur extrême: on constate une tumeur allant de la région sus-ombilicale jusqu'à l'hypogastre, où elle s'enfonce. 1^{re} ponction, écoulement de 3 litres de liquide séreux. Le lendemain, accidents péritonéaux. 2^e Ponction, liquide presque clair.

Au bout de quelque temps on ouvre un abcès à 6 centimètres de l'ombilic. Ouverture spontanée d'un nouvel abcès à l'ombilic. En septembre, il reste une induration qui diminue de plus en plus.

Observation XXIII (R.). — (A. Gordon, in *Boston medical and surgical journal*. In Bouilly).

Femme de 24 ans, suppuration de la symphise pubienne consécutive à un accouchement : douleurs au niveau du pubis : l'utérus était refoulé en arrière par une tumeur. Ponction aspiratrice. Guérison.

Observation XXIV (R.). — (In Gérardin, th. Paris 1879).

T., 22 ans, en novembre 1878 douleurs sourdes dans le bas-ventre. Le 12 décembre, tumeur au-dessus du pubis remontant à 10 centimètres au-dessus du pubis. Incision. Guérison le 8 février.

Observation XXV (R.). — (Medical Zeitung Berlin 1857, t. 26, p. 6.)

F F., 32 ans, tuberculeuse, après un accouchement douleur à droite et au-dessus du mont de Vénus. Au bout de quelque temps, violent frisson, suivi de chaleur. On constate à droite, un peu au-dessus de l'épine du pubis, une tumeur d'environ 1/2 pouce carré, dure et résistante au toucher, très-douloureuse à la pression. Saignées, révulsifs, émollients. Au bout de 5 semaines, la tumeur augmenta, ainsi que la douleur et la fièvre. On se décida à faire un débridement : écoulement d'une grande quantité de pus fétide. Guérison : il reste une sensation pénible de tension dans les parois abdominales, lorsque la malade se tient debout.

b) Ouverture dans le péritoine.

Si malheureusement la suppuration n'est pas reconnue, le foyer peut s'ouvrir spontanément, soit à la peau, plus ou moins près du pubis et de l'ombilic, soit dans le *péritoine*, soit dans un organe creux voisin. La terminaison la plus funeste et qui s'est reproduite 10 fois, par conséquent une des plus fréquentes, c'est l'irruption du pus dans la séreuse péritonéale. Dans ce cas, les symptômes sont extrêmement violents, les vomissements sont fréquents, la température s'élève, le pouls devient petit, la face grippée ; la douleur est intolé-

nable et le ventre est très ballonné: c'est en un mot une péritonite suraiguë qui emporte le malade dans un bref délai. Nous pourrions ajouter à ces dix cas de péritonite l'observation XIV du mémoire de Trécourt, qui est signalée comme un exemple de guérison de fistule stercorale et qui, en réalité, s'est terminée par péritonite. Nous la rapporterons à côté de l'observation principale.

Observation XXVI (R.). — (Worms. Gaz. des Hôp. 1867).

Michel J..., âgé de 17 ans. Blennorrhagie. Douleurs insupportables dans le ventre jusqu'à l'ombilic. Péritonite. Mort. On trouve à l'autopsie un phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéal. Pas de communication entre la cavité de l'abcès et la cavité péritonéale.

**Observation XXVII (R.). — (C. Paul. Soc. anat. de Paris 1862, t. VII, p. 318.
In thèse Bouilly).**

Homme de 24 ans, reçu le 4 juillet 1861 à l'hôpital Marie-Magdeleine, à Saint-Petersbourg: le 31 juillet, pendant une fièvre typhoïde, douleur au-dessus de la symphise, tuméfaction douloureuse. Affaissement brusque de la tumeur le 7 septembre. Mort.

Autopsie. Inflammation généralisée du péritoine. Communication entre la tumeur et l'S iliaque. Pus dans la cavité du bassin.

**Observation XXVIII (R.). — (C. Paul. Soc. anat. de Paris 1862, t. VII, p. 318.
In thèse Bouilly).**

Phlegmon prévésical chez un homme qui mourut en septembre 1880, à l'hôpital Marie-Magdeleine. Exsudat fibrineux sur les intestins, au-dessus de la vessie; dans la paroi postérieure de la cavité pré-péritonéale, on trouve un grand trou qui faisait communiquer la cavité pré-péritonéale avec la cavité péritonéale. Fusées purulentes vers le bassin et le périnée.

Observation XXIX (R.) — (Gaz. des Hôp. 1848, p. 376, in Bouilly).

Péritonite douze jours après un accouchement. Ponctions, issue d'une grande quantité de pus. Péritonite généralisée. Mort. Cavité pleine de pus, située en dehors du péritoine, entre la vessie et le pubis.

Observation XXX (R.) — (In Castaneda y Campos. Thèse de Paris 1878).

Service de M. Guyon: malade présentant les symptômes d'une rétention d'urine: tuméfaction de la région hypogastrique. Suppuration. Mort rapide par péritonite suraiguë.

Observation XXXI (R.) — (C. Paul, in Gérardin).

En 1861, service de M. Bouley, à l'hôpital Necker, une jeune fille présentait à l'hypogastre une tumeur semblable à la vessie distendue. Rupture de la poche dans le péritoine, mort.

Observation XXXII (R.) — (M. Pétrequin. Exam. méd. 1842, in Bouilly).

Viellard de 63 ans, rétrécissement de l'urèthre infranchissable. Tumeur dure à l'hypogastre remontant jusqu'à 8 centimètres environ de l'ombilic. Légère tuméfaction de la prostate. Mort rapide. A l'autopsie on trouve un phlegmon prévésical, péritonite de la portion réfléchie du péritoine. Cystite chronique.

Observation XXXIII (R.) — (Prescott Hewett, in Bouilly).

Abcès prévésical consécutif à une perforation de la vessie par un calcul. Mort. Communication de l'abcès avec la cavité péritonéale. Autre communication entre la vessie et le péritoine.

Observation XXXIV (R.) — (Bullet. Soc. anat. mars 1839, p. 10, in Bouilly).

Nécrose du pubis. Abcès rétro-pubien. Ulcération du péritoine.

Observation XXXV — (Gazette médicale de Paris 1884, n° 29, p. 337, in Bouilly). — **Abcès de la cavité de Retzius ; ouverture spontanée dans le péritoine ; mort rapide.**

Ce fait fut observé avec le docteur Vendrand, de Villers-Cotterets, qui a fourni toute la première partie de l'observation.

M^{me} F. . . , âgée de 32 ans, est accouchée à 21 ans d'un enfant mort-né, après une grossesse de huit mois ; les suites de couches furent fort graves et se compliquèrent d'une péritonite et d'une périmétrite probables. Un an plus tard, la malade présentait une induration prévésicale, douloureuse, avec mictions pénibles. L'état général était très mauvais, avec cachexie très prononcée ; des taches de purpura se montraient en divers points du corps. Un abcès s'ouvrit à l'ombilic, et l'exploration révéla un trajet profond allant de l'ombilic à l'espace de Retzius. Malgré des tentatives de traitement, la dilatation du trajet avec la laminaire, l'introduction d'un tube à drainage, des injections diverses, l'abcès resta fistuleux.

Néanmoins l'état général redevint bon ; une grossesse survint pendant laquelle la fistule cessa de donner.

L'accouchement rendu très difficile par un rétrécissement du bassin, dut être terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Il en résulta une déchirure du périnée, que le professeur Verneuil traita par la périnéorraphie quatre mois plus tard avec un succès complet.

A partir de ce moment, la fistule ombilicale fut négligée et ne fut plus considérée que comme une simple infirmité à laquelle la malade était faite ; l'écoulement était peu abondant, mais continu, quelquefois sanguinolent, au moment des règles. La portion sous-ombilicale de l'abdomen restait dure et fortement rétractée ; et cette disposition se trouvait encore exagérée par l'obésité qui avait envahi le reste de la paroi abdominale. Car dans ces dernières années la malade, bien que fort jeune, était devenue rapidement très grosse.

Il y a trois ans, une hernie ombilicale de petit volume se montra à la partie supérieure de l'ombilic et nécessita l'application d'une ceinture.

Les accidents actuels éclatent le dimanche matin, 29 juin 1884, en pleine santé ; la veille, la malade avait beaucoup travaillé dans sa maison, faisant son ménage et rangeant des piles de linge.

Le dimanche matin, vers 9 heures, elle éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, fait un effort inutile et est prise d'une douleur subite extrêmement vive dans la partie inférieure de l'abdomen, douleur bientôt suivie de vomissements alimentaires et bilieux.

L'état général devient rapidement grave ; l'arrêt des matières et des gaz intestinaux est complet ; le ventre se ballonne et devient douloureux dans toute son étendue ; les vomissements bilieux sont presque incessants dans les journées de dimanche et de lundi.

Mardi 1^{er} juillet. — La situation va toujours s'aggravant ; le facies abdominal est de plus en plus prononcé ; les conjonctives deviennent subictériques. Le docteur Vendrand fait une tentative de réduction de la hernie, suivie d'une amélioration spontanée des symptômes. Mais, le lendemain, les choses vont de mal en pis ; dans la journée les vomissements deviennent franchement fécaloïdes ; l'état général est de plus en plus grave.

Je vois la malade ce même jour, mercredi 2 juillet à 10 h. 1/2 du soir, quatre jours pleins après le début des accidents.

Facies abdominal très-accentué ; voix cassée. Pouls petit, ondulant presque insensible ; sueur visqueuse sur tout le corps. Soif extrême, hoquets fréquents.

Le ventre est distendu en totalité et douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure. La région épigastrique est très-ballonnée et tout-à-fait tympanique à la percussion.

A la partie inférieure de l'ombilic se trouve une crête rougeâtre, saillante, qui est l'orifice de la fistule par lequel suinte un peu de sang (la malade a ses règles depuis quelques jours) ; immédiatement au-dessus on voit une hernie ombilicale du volume d'un petit œuf de poule, recouverte par des téguments sains. Cette hernie est peu tendue ; elle est sonore ; elle n'est douloureuse qu'à sa partie inférieure, vers son collet. Elle fait corps avec toutes les parties voisines et il est facile de se rendre compte qu'elle est irréductible.

Le cas devenait embarrassant ; les caractères de la tumeur herniaire (absence de tension, de douleur, sonorité très-marquée) ne permettaient guère de croire qu'elle était actuellement étranglée. D'un autre côté, les antécédents si nets d'étranglement, le début subit de la douleur quatre jours plus tôt, l'arrêt complet des matières et des gaz, le météo-

risme, les vomissements aujourd'hui même fécaloïdes, ne laissent pas de doute sur la présence d'un étranglement. Je me rattachai à l'idée de la gangrène de la hernie survenue dans ces dernières heures, après quatre jours d'étranglement serré dans l'anneau ombilical, et s'accompagnant de cette absence de tension et de cette sonorité qui sont fréquentes dans la hernie gangrenée et peuvent même souvent être considérées comme des signes caractéristiques de la gangrène de la tumeur. En tous cas, l'indication était formelle ; il fallait aller à la recherche de l'obstacle, quel qu'il fût, et mettre les parties à nu s'il s'agissait d'une gangrène herniaire.

Je procède de suite à la kélotomie avec l'aide du docteur Vendrand qui donne le chloroforme.

L'incision des parties molles me conduit rapidement sur une anse d'intestin grêle nullement tendue ni gangrenée, mais recouverte d'une fausse membrane épaisse sur sa convexité et d'infiltration purulente grisâtre. Cette anse adhère mollement au pourtour de l'orifice herniaire qui n'est autre que l'anneau ombilical ; et dès que j'ai détaché l'intestin avec le doigt à sa partie inférieure, un flot de pus verdâtre, fluide, horriblement fétide, s'échappe par l'ombilic.

La quantité qui s'écoule ainsi spontanément peut être évaluée à un litre et demi. Le doigt introduit dans l'abdomen par l'ombilic sent une très-vaste cavité qui n'est autre que la cavité péritonéale et les anses intestinales agglutinées et immobilisées par des adhérences récentes.

Huit ou dix irrigateurs de solution phéniquée tiède, très-diluée, sont injectés dans le ventre ; de tous côtés, l'injection ramène du pus en quantité et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on arrive à faire sortir le liquide de l'injection à peu près propre.

Deux tubes à drainage sont introduits par l'ombilic jusque dans le petit bassin ; un pansement avec de la mousseline imbibée de solution phéniquée est maintenu sur la région.

Dès les premiers instants de notre opération, nous étions fixés sur la nature des accidents ; il ne pouvait plus s'agir d'une hernie étranglée, mais il s'agissait bien d'une péritonite purulente généralisée par perforation ; l'abcès de la cavité prévésicale s'était vidé dans le péritoine.

A cette notion s'ajoutait même une donnée étiologique de la plus

haute importance ; trois semaines auparavant, la malade, ayant besoin de renouveler son bandage ombilical, s'était procuré une ceinture à pelote plus large et à ressort plus fort avec laquelle elle maintenait sa hernie et bouchait sa fistule.

L'écoulement s'était même tari dans ces derniers temps ; et sans être positivement malade, depuis une quinzaine de jours avant l'explosion terminale, cette femme se sentait fatiguée, se plaignait de malaise et de douleurs vagues.

Les choses n'étaient pas difficiles à rétablir ; sous l'influence de la pression exercée sur l'orifice fistuleux, le pus de l'abcès prévésical avait été retenu, produisant la fatigue et le malaise par sa rétention ; il s'était lentement accumulé pendant une quinzaine de jours, au lieu de s'écouler à l'extérieur comme d'habitude, et, soit par une déchirure instantanée, soit par un travail d'ulcération, il avait tout-à-coup fait irruption dans la cavité péritonéale.

A partir de ce moment, les accidents avaient éclaté comme un coup de foudre, revêtant l'aspect symptomatique de l'étranglement herniaire.

Une heure après l'opération, les vomissements reprenaient comme auparavant ; l'état général devient de plus en plus mauvais, et la mort arrive le lendemain à deux heures et demie de l'après-midi, vingt-sept heures après l'intervention.

Le docteur Vendrard avait pu dans l'intervalle faire plusieurs injections antiseptiques dans la cavité abdominale et s'assurer que les tubes fonctionnaient bien et ramenaient une notable quantité de pus par les lavages.

Je ne crois pas devoir insister plus longuement sur les détails de cette observation que j'ai cherché à rendre aussi claire que possible ; j'appelle seulement l'attention sur la grande difficulté de l'interprétation des symptômes créée par la coïncidence d'une tumeur herniaire, sur la ressemblance extrême des phénomènes de la péritonite par perforation avec ceux de l'étranglement intestinal, enfin sur l'étiologie rare de cette péritonite suraiguë consécutive à un ancien abcès de la cavité de Retzius dont le pus s'était trouvé accidentellement retenu.

c) Ouverture à l'ombilic.

Lorsque la collection purulente vient se faire jour à l'extérieur, c'est en général entre le pubis et l'ombilic à une hauteur qui varie suivant le volume de la tumeur. Tantôt la perforation se fait immédiatement au-dessus de la symphise pubienne, tantôt entre celle-ci et l'ombilic : d'autres fois au niveau même de la cicatrice ombilicale. Nous avons vu, dans les considérations anatomiques que cette dernière terminaison est expliquée par la présence de l'ouraque et des artères ombilicales. Cinq fois l'ouverture spontanée s'est faite à l'ombilic même, deux fois tout près de lui. Dans une observation due à Boyer, la perforation s'est faite à la fois à l'ombilic et au pubis.

On peut aussi voir le pus se faire jour en même temps dans le vagin ou dans la vessie.

Dans plusieurs observations où le chirurgien est intervenu en pratiquant une incision, il s'est fait quand même une ouverture spontanée à l'ombilic.

Une complication plus gênante que grave et qui peut survenir lorsque l'ouverture est spontanée, c'est la fistulisation des bords de l'orifice : cette fistule peut guérir rapidement, mais aussi elle peut persister pendant plusieurs années.

**Observation XXXVI (R.). — (Briqueteau. Arch. Gén. de Méd.
3^e Série, t. 6, 1839, p. 435.)**

Mlle Henriette D... 17 ans, ressentit des douleurs très-vives dans le ventre qui simulèrent une péritonite aiguë. Bientôt apparut une tumeur dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; cette tumeur devint fluctuante et s'ouvrit à l'ombilic. Guérison

Observation XXXVII (R.). — (Delaporte, J. de méd. Paris 1819, t. 38 p. 332).

B... terminaison heureuse d'un abcès situé dans l'abdomen par une ouverture spontanée qui s'est faite aux environs de l'ombilic. (L'auteur a négligé de dire si une tumeur partielle a précédé et annoncé cette rupture spontanée).

Observation XXXVIII (R.). — (Worms. Gaz. des Hôp. Paris 1867, t. 15 p. 548).

V... L. âgé de 14 ans. Phlegmon sous-péritonéal de la région ombilicale. Péritonite consécutive. Ouverture spontanée à l'ombilic.

Observation XXXIX (R.). — Union médicale 2 juin 1864, in Bouilly).

(Rapportée à propos du drainage abdomino-vaginal).

Observation XL (R.). — (In Castaneda y Campos. Th. de Paris 1879)

A... S. atteint de prostatite tuberculeuse. Phlegmon prévésical qui s'ouvre près de l'ombilic. Propagation à la partie supérieure et interne de la cuisse. Guérison.

Observation XLI (R.). — (Boyer. Traité des maladies chirurgicales 1824, tomes 6 et 7, p. 519.)

Une femme de 23 ans éprouva après un accouchement des douleurs hypogastriques : abcès énorme à l'hypogastre ; ouverture spontanée au-dessous de l'ombilic.

L'ouverture est restée fistuleuse.

Observation XLII (R.). — (In thèse de Bouilly).

Marie P.. 8 ans. En juin, douleurs abdominales vives avec vomissements. Accidents fébriles. En juillet, une tumeur se collecta au devant de l'abdomen et souleva la paroi abdominale tout autour de l'ombilic.

Rubéfaction de la peau. Le 6 août, ouverture spontanée dans le vagin, pus fétide, affaissement de la tumeur. Quelques jours plus tard, ouverture du côté de l'ombilic, fistule ombilicale. Le 23 octobre, fermeture de la fistule. Guérison.

Observation XLIII (R.). — (Boyer. Traité des maladies chirurgicales, t. 9, p. 50, in Bouilly).

Une femme de 26 ans, enceinte de deux mois, fit une chute de 6 pieds de haut. Au bout de 6 semaines, douleurs vives à la région hypogastrique et à la vessie.

Rétention d'urine. Ouverture spontanée de deux abcès, l'un à l'ombilic, l'autre au-dessus du pubis.

Guérison après la fermeture des fistules.

Observation XLIV (R.). — (Recueil périodique de la Soc. de méd. de Paris 1806, t. 27, in Bouilly).

Calcul vésical chez un homme de 20 ans. A la suite de travaux violents, tumeur hypogastrique, ouverture spontanée à l'extérieur (consécutive à un calcul). Guérison.

Nous allons enfin citer une observation due à l'obligeance de M. le professeur Gross, dans laquelle un abcès de la cavité de Retzius, ouvert spontanément deux ans auparavant à l'ombilic, a donné lieu à une fistule qui persiste encore aujourd'hui, malgré des injections et des cautérisations.

Nous avons eu l'occasion de revoir ce malade le 15 juillet 1885 ; il est toujours porteur d'une fistule au niveau de la cicatrice ombilicale : on peut y enfoncer une sonde molle directement de haut en bas jusque dans la région du pubis, dans une longueur de 13 centimètres ; cette sonde a ramené un liquide rougeâtre, légèrement fétide.

Malgré cette fistule, l'état général est excellent ; le malade ne souffre pas. Une opération, indispensable pour la guérison de la fistule, fut proposée au malade qui devra y réfléchir.

Observation XLV (Inédite). — (Communiquée par M. le professeur Gross). — Phlegmon de la cavité de Retzius. — Ouverture spontanée à l'ombilic. — Fistule consécutive.

M. D..., 37 ans, négociant à Metz, vint consulter M. le professeur Gross dans le courant de l'année 1883. — C'est un homme de constitution moyenne, d'aspect cachectique, fortement amaigri et affaibli par une affection qui dure depuis quatre ans.

M. D... n'a jamais été malade auparavant ; ses antécédents héréditaires sont bons.

Il raconte qu'en juillet 1879 il fut pris assez subitement de douleurs gastralgiques avec inappétence complète, difficultés de digestion et vomissements fréquents.

Le médecin consulté à cette époque aurait prescrit des vomitifs et des purgatifs.

Dans le cours de cette maladie, M. D... ressentit une après-midi des douleurs très violentes dans le bas-ventre, qui durèrent 4 ou 5 heures.

Au bout de 15 jours de traitement, l'amélioration se fit, mais les douleurs revinrent encore de temps à autre, ainsi que les vomissements.

Un an après environ, vers le mois de septembre 1880, M. D... s'aperçut qu'il avait une grosseur dans le bas-ventre ; celle-ci, un peu plus saillante à gauche qu'à droite, alla toujours en augmentant, et en février 1881, M. D... fut forcé de s'aliter : il ne pouvait plus se tenir debout ni marcher, car son ventre, dit-il, était tout enflé et douloureux. Au lit, il était forcé de rester sur le dos ; il ne pouvait se coucher ni à droite ni à gauche.

Découragé par la persistance du mal, M. D... abandonna son médecin et eut recours à une série de médications qu'il trouva indiquées et recommandées dans les journaux, et qui pour la plupart, dit-il, étaient des purgatifs : mais ces moyens n'eurent aucun effet visible sur l'état du ventre. Les douleurs et les vomissements seuls parurent un peu amoindris.

En avril, se trouvant toujours dans le même état, M. D.. eut de nouveau recours à un homme de l'art ; celui-ci prescrivit l'application de cataplasmes, plus tard des badigeonnages de teinture d'iode.

Environ trois semaines après ce traitement, apparut un écoulement de pus par l'ombilic. D'abord très faible, celui-ci devint de plus en plus abondant, puis diminua de nouveau ; à partir de ce moment, le ventre devint de moins en moins sensible et diminua de volume. L'appétit revint à son tour et au bout de trois semaines environ, M. D... put se lever, faire quelques pas, mais sans se tenir droit. Les forces revinrent rapidement, l'amélioration se soutint, et bientôt M. D.. put de nouveau vaquer à ses occupations.

Pendant deux ans le mal est resté stationnaire, c'est-à-dire que l'écoulement de pus par l'ombilic n'a pas discontinué. De temps à autre survenaient encore quelques douleurs dans le bas-ventre, mais qui se calmaient d'ordinaire rapidement par l'application de quelques cataplasmes.

Vers la fin de 1883, l'écoulement est devenu plus abondant, et prit une odeur extrêmement forte et désagréable ; les forces se perdirent de nouveau et en même temps reparut la difficulté de se tenir debout et de marcher.

En juin 1884, M. D... vint consulter M. le professeur Gross et voici les symptômes notés à cette époque :

Amaigrissement considérable, teint jaune terreux caractéristique d'un état hectique chronique ; M. D.. se tient fortement courbé en avant. Ventre ballonné, endolorissement de la région hypogastrique. La palpation révèle l'existence d'une tumeur qui ressemble à la vessie distendue par l'urine ; autour de l'ombilic se trouvent des croûtes jaunâtres, formées par du pus desséché. Dans le voisinage, la peau présente une éruption eczémateuse.

En explorant la cicatrice ombilicale, on découvre un orifice fistuleux, dans lequel une sonde en gomme s'enfonce facilement et directement de haut en bas jusqu'à 13 centimètres. Il s'écoule par

la sonde environ 100 à 150 grammes d'un pus d'une fétidité repoussante.

Mictions faciles et régulières. Appétit faible.

Constipation. Insomnies fréquentes.

Rien de particulier à l'examen des autres organes et fonctions.

Diagnostic : Abscess chronique de la cavité de Retzius, ouvert à l'ombilic.

Traitement. M. D... garde le lit, dilatation de l'orifice fistuleux et mise à demeure d'un drain pour faciliter l'écoulement et empêcher la rétention du pus. Tous les matins, aspiration du pus et lavages phéniqués de la cavité. Insufflation d'une petite quantité de poudre d'iodoforme à chaque pansement.

Au bout d'une quinzaine de jours, la suppuration avait très notablement diminué, et toute fétidité avait disparu. Les lavages sont supprimés; on continue les aspirations; à chaque pansement on sort le drain, on le lave et on le trempe dans la poudre d'iodoforme avant d'être remis en place. Amélioration notable de l'état général; l'appétit et le sommeil sont revenus.

Quinze jours plus tard, le drain est supprimé et tous les matins on introduit dans le trajet une petite sonde molle qui ne ramène plus que quelques gouttes de pus.

En vue d'obtenir la cicatrisation du trajet, M. le professeur Gross a successivement recours aux crayons d'iodoforme, aux injections de teinture d'iode, aux cautérisations à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent de préparation spéciale. Tous ces moyens échouent, et M. D... rentre chez lui avec la recommandation formelle de continuer l'introduction journalière d'une sonde dans le trajet fistuleux afin d'empêcher le rétrécissement de son orifice, l'accumulation et la stagnation du pus.

M. D... a fidèlement continué le traitement prescrit; son état général est devenu rapidement excellent.

Malgré les soins qu'il a mis à diminuer insensiblement le calibre de la sonde, ainsi que la profondeur à laquelle celle-ci était enfoncée, M. D... est revenu à Nancy à plusieurs reprises pour se soumettre à

notre examen et permettre de surveiller le traitement. Quoi qu'il en soit, la fistule a persisté ; dans la dernière visite que M. D... est venu faire à M. le professeur Gross, la question d'une intervention chirurgicale a été discutée. Il y a lieu d'examiner si l'établissement d'une contr'ouverture en un point déclive (au-dessus ou au-dessous du pubis) ne serait pas le remède à apporter au mal.

d) Ouverture dans la vessie.

Une terminaison rare, et dont la rareté même n'est pas justifiée par les rapports anatomiques, c'est l'ouverture du phlegmon dans la *vessie*.

Gérardin, dans sa thèse, explique cette immunité par « la présence du fascia pelvia qui protège la vessie et qui se relève au-dessus d'elle ».

M. Constantin Paul, en 15 ans, n'a jamais vu un abcès s'ouvrir dans la vessie.

Cependant, Velpeau (Anat. Chir. édit, 1837) dit avoir vu à la Charité, chez un malade de sa division, un vaste abcès s'ouvrir dans la vessie.

Castaneda y Campos l'admet et il cite à ce sujet l'observation XV du mémoire de Trécourt, qu'il considère comme étant une confirmation de ce mode de terminaison du phlegmon prévésical. Il cite de plus une observation publiée par M. Sainz-Blazquez, qui prouve non-seulement que les phlegmons de la cavité préperitonéale peuvent s'ouvrir dans la vessie, mais que ce résultat peut être prévu avant même que le pus ait été expulsé par l'urèthre. « Cette terminaison, « dit-il, est une complication fâcheuse en ce sens qu'elle « retarde la guérison et qu'elle peut laisser au malade une « incommodité plus ou moins durable ; mais, en définitive on « en guérit très bien. »

M. Bouilly ne cite pas cette terminaison ; il donne cependant le résumé de l'observation de M. Sainz-Blazquez. Nous ne rapportons ici que cette observation, car dans celle de Trécourt, la perforation de la vessie semble avoir été faite par le chirurgien. Elle est rapportée en résumé à propos de la terminaison par incision.

On peut se demander où se fait cette ouverture spontanée dans la vessie ; se fait-elle en avant au contact même de la collection purulente, ou en un autre point ? On sait, en effet, que chez la femme les phlegmons périutérins et les phlegmons iliaques peuvent s'ouvrir dans la vessie ; aussi le phlegmon prévésical ne pourra-t-il pas envahir le tissu cellulaire périvésical, donner un phlegmon périutérin et se faire jour dans la vessie comme les phlegmons nés dans cet endroit même ?

**Observation XLVI (R.). — (Gaz. méd., 1848, par M. Sainz-Blazquez.
In thèse Bouilly).**

Femme de 35 ans, lymphatique. Quelque temps après un avortement, douleurs et tuméfaction à gauche de l'hypogastre, puis formation d'une tumeur au-dessous de l'anneau ombilical : celle-ci est ouverte au bistouri. Peu de temps après, signes d'une forte inflammation gastro-intestinale, douleurs périnéales, sensation d'ardeur dans l'urèthre, grande tension dans l'hypogastre. La malade dit sentir un liquide froid tomber dans son ventre, qu'elle dit être du pus tombant dans la vessie. En effet, évacuation d'une grande quantité de pus par l'urèthre. Au bout de trente jours, guérison.

e) Ouverture dans le rectum.

D'autres fois, l'abcès peut se porter du côté du *rectum*, par envahissement du tissu cellulaire du petit bassin ; le pus peut alors se frayer un passage à travers les tuniques intes-

tinales ; il est expulsé par les selles qu'il rend diarrhéiques. Cette terminaison ne s'est produite que deux fois ; dans ce cas, comme dans tous ceux où le pus a passé d'une cavité dans une autre, on observe soit un affaissement brusque de la tumeur, soit une diminution progressive.

Ici, le principal symptôme, avec la disparition de la tuméfaction, sera la présence du pus dans les selles. La guérison en est le plus souvent la conséquence.

Observation XLVII (R.). — (Thèse de Castaneda y Campos, Paris, 1878).

Le 26 juin 1872, une jeune fille de 20 ans est atteinte de fièvre et de difficulté dans la miction. On constate une tumeur occupant la région vésicale et s'élevant presque jusqu'à l'ombilic. Au bout de quelques jours, évacuation brusque du pus par le rectum. Guérison.

Observation XLVIII (R.). — (Guyon, Thèse de Gérardin, Paris 1879).

D., névropathe, est sujet à de violentes coliques. En septembre 1878, attaque de coliques horribles qui s'irradient vers le bas-ventre. Le 10 janvier, M. Simon constate une tumeur arrondie au niveau de la vessie. Deux jours après, expulsion de mucus et de pus par les selles. Guérison.

f) Ouverture dans le cœcum.

Dans une observation due à M. Pauzat, le phlegmon prévésical, probablement consécutif à une pérityphlite s'est ouvert dans le *cœcum*. Nous rapportons ce cas in-extenso :

Observation XLIX. — (Gazette médic. de Paris 1883, n° 36, par le Dr Pauzat).

X..., Sicilien, 24 ans, serrurier à Sfax (Tunisie). Jeune homme vigoureusement constitué, excellente santé jusqu'à 22 ans ; depuis deux

années, il se plaint de constipation habituelle. En août 1881, il garda le lit pour une affection survenue dans le bas-ventre et comparable à celle que nous aurons à décrire : la région sus-pubienne était tuméfiée et douloureuse, les émissions d'urine très fréquentes et le malade croit avoir rejeté du pus par l'anus.

X. est arrivé à Sfax le 2 août 1882, mal de mer très violent : il a éprouvé après son débarquement une douleur sourde et presque continue dans le bas-ventre. A la suite d'un très gros repas, X. prit le lit le 18 août ; M. le docteur Pierrot diagnostiqua une pérityphlite. Le malade nous fut alors confié : nous constatons l'état suivant :

Voissure notable de la région sus-pubienne, pas de rougeur, pas d'œdème : on trouve une tumeur qui rappelle la forme de la vessie distendue. Elle est médiane, dure : pas de traces de fluctuation ; elle part de la symphise pubienne et s'élève à huit centimètres au-dessus d'elle : largeur 12 à 13 centimètres : le palper abdominal est très douloureux, il semble que la tumeur pénètre dans le petit bassin. A partir du bord droit de la tumeur, on constate un empâtement douloureux et profond dans la fosse iliaque droite. Mictions assez fréquentes.

La prostate est saine, mais au-dessus d'elle, le doigt rencontre une tumeur qui fait une saillie considérable dans le rectum et qui présente le caractère de dureté uniforme de la tumeur sus-pubienne ; elle est divisée par un sillon vertical et exactement médian en deux masses latérales assez volumineuses pour se mettre en contact avec les parois du petit bassin ; on croit arriver jusqu'à son bord supérieur en introduisant le doigt aussi haut que possible.

En associant le palper abdominal et le toucher rectal, surtout en frappant un coup sec au-dessus du pubis, on éprouve une sensation d'ébranlement communiqué à toute la tumeur.

Fréquence des mictions, douleur sourde, gravative, continue, occupant tout le bas-ventre et devenant parfois aiguë. Selles tous les deux ou trois jours. Le malade est fortement amaigri, mais il n'a pas de fièvre.

Le 31 août, le ramollissement qui avait commencé le 29, est bien marqué : il siège au centre de la tumeur, surtout à droite. Par le toucher rectal, on sent un flot assez net.

Le diagnostic de phlegmon prévésical suppuré est hors de doute, et on

propose au malade l'incision de la paroi abdominale. Le lendemain, le malade supplie de remettre l'opération.

Le 4 septembre, le malade a une selle composée de quelques matières fécales et d'un grand verre de pus gris jaunâtre, phlegmoneux. Cet écoulement de pus continue jusqu'au 8 septembre.

On constate que la tumeur diminue graduellement, le palper abdominal est moins douloureux : la crépitation gazeuse constatée au-dessus du pubis persiste, ainsi qu'au niveau du cœcum.

Le 16 septembre, la tumeur sus-pubienne a disparu ; à droite, on trouve de l'empâtement et du gargouillement. La diminution de la tumeur prérectale est beaucoup plus lente.

Le 17 septembre, le malade commence à se lever.

A un dernier examen, le 26 septembre, on constate que la région sus-pubienne et la fosse iliaque droite sont à peu près revenues à l'état normal ; à peine un peu d'empâtement douloureux au niveau de l'extrémité inférieure du cœcum ; mais il existe encore une plaque d'induration très manifeste en avant du rectum.

X. a pu reprendre son travail au milieu d'octobre, et nous savons qu'en ce moment (juillet 1883), il jouit d'une bonne santé.

Ce serait ici le lieu d'exposer la terminaison que nous avons observée ; mais comme nous nous proposons de l'étudier en détail, nous en ferons l'objet d'un chapitre spécial (voir Chapitre III).

g) Terminaisons diverses.

Il existe enfin des observations de phlegmons prévésicaux, soit primitifs soit consécutifs, qui ont eu différentes terminaisons. En effet, le pus guidé soit par la pesanteur, soit par un interstice quelconque, peut fuser à des distances considérables et aller se montrer dans des régions que l'on pense à peine explorer.

C'est ainsi que M. Duplay, dans les Archives générales de médecine (mai 1877), relate un cas curieux d'abcès prévésical

avec fusées vers le canal crural, qui avait envahi le bassin, les fosses iliaques, les hypochondres et arrivait jusque dans la plèvre gauche.

On a vu aussi le pus fuser par les ouvertures normales de l'abdomen et gagner la cuisse et le scrotum.

Nous allons donner ici le résumé de cinq observations qui ne rentrent pas dans les terminaisons précédentes, et enfin, nous rapporterons une observation publiée dernièrement dans le Progrès médical de 1885.

Observation L (R.). — (Gaz. des hôpitaux 1864, p. 242 in Bouilly).

Malade de 66 ans. Incontinence d'urine et de matières fécales. Douleur à l'hypogastre. Mort. A l'autopsie, pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, abcès de la prostate.

Observation LI (R.). — (Bull. Soc. anat. 1865, t. X in Bouilly).

Fracture double verticale du bassin. Ecartement de 4 centimètres des surfaces articulaires du pubis.

Mort par infection purulente. Au devant de la vessie, abcès volumineux communiquant avec le foyer de la fracture.

Observation LII (R.). — (Due à M. le docteur Budin, in Bouilly).

Abcès de la cavité de Retzius chez un enfant de 13 jours. Mort par infection purulente. Phlébite de la veine ombilicale.

Observation LIII (R.). — (Duplay, Arch. Gén. de Méd. 1877, in Bouilly).

Malade de 65 ans, atteint de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate. Gonflement de la région sous-ombilicale avec douleur. Mort. A l'autopsie, on trouve un abcès sous-péritonéal extrêmement étendu avec décollement remontant jusqu'au diaphragme. Ulcération et perforation de la vessie.

Observation LIV (R.). — (Reliquet, Union med. 1878, in Bouilly).

Phlegmon périvésical consécutif à une inflammation aiguë de la vésicule séminale droite. Guérison.

Observation LV. — Uréthro-vaginite chronique. Cystite secondaire. Phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius. Mort. Autopsie. — Progrès médical 1885, n° 22, page 441. — (Observation et autopsie par Jules Para, externe des hôpitaux, et Tuffier, interne des hôpitaux).

Eugénie F., âgée de 31 ans, couturière, entre le 25 janvier 1884 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, lit n° 1 (service de M. le Professeur Guyon).

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Cette femme, ordinairement d'une santé délicate, n'a cependant jamais fait de maladie grave; elle a été réglée pour la première fois à 18 ans et a eu périodiquement ses règles jusqu'en 1881, époque à laquelle elles ont définitivement disparu. Elle raconte qu'en 1878, elle contracta une vaginite, caractérisée par un abondant écoulement verdâtre et un peu de cuisson pendant la miction. Elle négligea cette affection jusqu'au jour où survinrent des accidents abdominaux et vésicaux.

Il y a six ans, un soir, elle fut mouillée à la suite d'une longue course. Ce soir-là même, elle fut prise de vives douleurs abdominales et de tous les symptômes d'un pelvipéritonite, sous l'influence de laquelle des phénomènes de cystite, qu'elle présentait depuis quelque temps, s'aggravèrent également. Elle fut portée dans un hôpital et y séjourna pendant plusieurs mois. Pendant le temps de son séjour dans cet hôpital, elle se plaignit surtout de désordres vésicaux, et ce furent surtout ceux-ci qui retinrent l'attention du chirurgien. Elle prit en effet force médicaments (de la térébenthine, du santal, etc.) On lui pratiqua même des lavages intra-vésicaux, mais devant la douleur qu'ils provoquaient, on dut y renoncer. N'obtenant aucune amélioration, la malade quitta l'hôpital; à son départ, on lui remit une ordonnance où nous lisons: « 2°, Jamais ne se laisser appliquer de vésicatoire. » Il est donc probable qu'on avait pensé à une néphrite compliquant les accidents du côté de la vessie. Après un long séjour dans sa famille, à la campagne, elle entre dans le service de M. le Professeur Guyon. Elle est maigre, pâle, et ressemble à une phtisique à la dernière période.

Toute la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, est tuméfiée, douloureuse à la palpation, sonore à la percussion, chaude, sans empâtement, ni rougeur de la peau. Le vagin est le siège des altérations

les plus profondes; il est comme rétréci et permet difficilement l'introduction du doigt, qui, à peine entré, constate le boursoufflement et la chaleur dont la muqueuse est le siège; en l'introduisant plus profondément, on trouve l'utérus en situation normale, mais complètement immobilisé; entre l'utérus et la face postérieure de la vessie, on constate l'existence d'une petite masse indurée. La malade rend avec les matières fécales une quantité assez notable de pus. Par le toucher rectal, on ne trouve aucune ulcération, aucune fistule.

L'examen au spéculum ne permet pas de trouver de lésion. Elle expulse toutes les demi-heures une petite quantité d'urine, au prix d'efforts violents et douloureux. Elle n'a jamais eu d'hématuries, même peu abondantes. Les urines sont troubles et contiennent un épais dépôt muco-purulent. Le cathétérisme de l'urèthre est douloureux pendant toute sa durée et donne lieu à l'écoulement d'une urine dont les dernières gouttes sont purulentes; le bas-fond de la vessie est douloureux; on ne sent point, par la palpation abdominale, la sonde introduite dans ce réservoir.

La malade n'a pas d'appétit, vomit constamment. De temps en temps, elle a de la diarrhée fréquente, mais passagère; pas de sueurs nocturnes; quelques poussées fébriles, irrégulières et peu élevées le soir; à l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal.

M. Guyon pose le diagnostic de phlegmon périutérin.

Les choses restèrent en cet état pendant quatre mois, la malade vomissant tout ce qu'elle prenait, souffrant toujours beaucoup, urinant fréquemment, et luttant par des efforts constants contre sa contracture du col. C'est pour lutter contre l'extension de cette cystite aux urètres et aux reins que M. Segond, suppléant M. Guyon, a pratiqué le 11 juillet la dilatation forcée du sphincter vésical. Cette opération n'a donné aucun résultat: il n'y a pas eu d'incontinence. L'état général s'aggrave chaque jour, et cette femme succombe le 5 août.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouve une collection purulente, bien limitée, en avant par la paroi postérieure de l'abdomen, au-dessus de la symphise du pubis et en arrière par la face antérieure de la vessie; on y trouve environ un litre de pus grisâtre, fétide; le tissu conjonctif de la cavité péritonéale est en voie de transformation purulente, aussi bien que la partie interne des muscles droits,

qui sont détruits dans une largeur de 3 centimètres et demi. Dans le haut, c'est surtout la gaine, et dans le bas les muscles, que le pus a minés. Le périoste qui recouvre le pubis et la symphise est intact. Cette collection purulente ne communique pas avec le péritoine, ni avec la cavité du bassin.

La vessie, dont les parois sont légèrement épaissies, est adhérente à sa partie postérieure à l'utérus par quelques brides, faciles à détacher. En l'ouvrant, on trouve environ 200 grammes d'urine mélangée à du muco-pus. Le col vésical, ainsi que le bas-fond, sont tapissés par de petites végétations rougeâtres, nombreuses et pressées les unes contre les autres. Les uretères sont perméables et non dilatés. L'urèthre n'est pas dilaté ; sa muqueuse est recouverte de fines granulations, surtout au niveau du col de la vessie.

La muqueuse vaginale est rouge, enflammée, épaissie, et présente des saillies disséminées qui lui donnent un aspect irrégulier, comme chagriné. L'utérus et ses annexes paraissent sains.

Les intestins sont dilatés par des gaz, mais il ne présentent, ainsi que le péritoine pariétal, aucune lésion ancienne ni récente. La muqueuse rectale est rouge, boursoufflée, non ulcérée, n'offrant aucune communication avec le phlegmon prévésical. Les autres organes sont sains.

Réflexions. — Il y a donc eu un phlegmon de la cavité de Retzius, consécutif à une inflammation propagée de la muqueuse vésicale au tissu cellulaire de cette cavité, sans destruction ni suppuration des parties intermédiaires à la muqueuse vésicale et au tissu prévésical. En aucun point, il n'existait de perforation faisant communiquer la vessie, le vagin, ou le rectum, avec le foyer prévésical. Ce cas se rapproche des faits de phlegmons de la cavité de Retzius consécutifs à la blennorrhagie (Duplay, Arch. de médecine 1877). Le diagnostic a été également difficile. Dans ces abcès, on sent généralement, par la paroi abdominale, une fluctuation ou au moins un empâtement mat et circonscrit. Dans le cas présent, les gaz développés dans la cavité donnaient à la percussion une sonorité remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Aussi M. le Professeur Guyon différa-t-il une ouverture d'un foyer qui était sonore et non fluctuant, sans changement de coloration de la peau. Certainement, ces symptômes éveillèrent l'idée d'une péritonite enkystée provoquant des adhérences intestinales beaucoup plus que celle d'une tumeur gazeuse prévésicale.

CHAPITRE III

TERMINAISON OBSERVÉE. OUVERTURE SPONTANÉE DANS L'INTESTIN GRÊLE.

Nous voulons maintenant parler d'une autre terminaison possible, et que nous avons observée, à savoir la communication de la cavité purulente avec l'intestin ; mais ici il faut s'entendre. Bon nombre d'observations signalent cette terminaison en disant : « le pus s'est fait jour dans l'intestin », mais elles n'indiquent pas de quel segment intestinal il s'agit : est-ce l'intestin grêle, ou bien est-ce simplement le rectum ?

Nous avons vu que l'ouverture dans le rectum a été observée et il n'y a rien de spécial à ce sujet puisque cet organe est dépourvu de péritoine à sa partie inférieure ; il y a en effet en avant de lui le cul de sac vésico-rectal.

Ce qu'il faut bien établir c'est qu'il peut se produire une perforation de l'intestin grêle, précédée de péritonite circonscrite, et c'est ce que nous avons observé.

Cette terminaison a été signalée comme possible, mais on ne cite à l'appui aucune observation : ce n'est que dans la thèse de Macarez (Lille 1884) que nous trouvons un cas semblable. L'auteur cite en effet un cas où on a constaté qu'une anse intestinale dépendant de la partie moyenne de l'iléon communiquait avec le foyer purulent prépéritonéal. Cette observation est relatée par *M. Wannebroucq* dans le *Bulletin médical du Nord* (1861) sous le titre de « *Tumeur urinaire*

suppurée de la paroi abdominale. » Macarez, dans sa thèse, la rattache aux phlegmons de la loge de Retzius à cause des symptômes et des lésions anatomiques.

D'après cette observation, le malade était guéri de son affection lorsqu'il est mort subitement.

Nous allons d'abord citer notre observation, et à la suite celle de M. Wannebroucq avec tous ses détails ainsi que l'autopsie ; cette dernière est surtout intéressante à notre point de vue, car elle montre le siège de la perforation intestinale.

Observation LVI. (Inédite). — (Recueillie par M. A. Vautrin, interne des hôpitaux, dans le service de M. le professeur agrégé Rohmer, suppléant M. le professeur Gross.

Gervasini Emile, âgé de 34 ans, italien, exerçant la profession de maçon, couché au lit n° 4 de la salle n° 2, est un homme d'une constitution vigoureuse, d'une santé antérieure excellente : ses antécédents héréditaires sont bons.

Le dimanche 5 octobre 1884, cet homme s'adonna à des excès de boissons, et au lieu de rentrer chez lui, il passa une partie de la nuit couché à l'air sur des légumes frais. Le lendemain matin, il ressentit de violentes coliques avec maximum des douleurs au-dessus du pubis ; il prit un purgatif aussitôt et eut de nombreuses selles dans la journée.

Le mardi 7 octobre, il voulut retourner au travail, mais les mêmes douleurs que la veille reprirent et on fit appeler un médecin. Celui-ci constata une vive douleur au-dessus du pubis, sans induration. Le malade avait des douleurs en urinant, et la miction était devenue fréquente. La constipation ne faisait que commencer. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite. Il fut dit aussi au médecin que cet individu avait été récemment atteint d'une blennorrhagie sans complications. La profession peut aussi avoir influé sur l'étiolo-

logie de l'affection ; le malade porte d'habitude des moellons en les appuyant sur son ventre.

A une seconde visite le médecin trouva les symptômes plus accrus et engagea le malade à entrer à l'hôpital. On le transporta dans le service de M. le professeur Victor Parisot, où le diagnostic de phlegmon de la cavité de Retzius fut posé par M. le docteur Pierre Parisot, chef de clinique du service ; on sentait à ce moment une induration localisée au-dessus du pubis et s'étendant de cet os jusqu'à 3 centimètres au dessous de l'ombilic. Pas de rougeur à la peau ; il y avait une miction fréquente et des douleurs en urinant ; il y avait en outre de la constipation. La fièvre, peu forte le matin, oscillait le soir entre 38° et 38°5. Des purgatifs furent donnés ; on appliqua une vessie de glace sur le ventre.

Enfin le 19 octobre, on sentit une fluctuation manifeste au-dessus du pubis et le malade fut porté dans le service de chirurgie de M. le professeur agrégé Rohmer, suppléant Monsieur le professeur Gross.

État actuel. On constate sur la paroi abdominale antérieure une saillie globuleuse, régulière, s'étendant du pubis à l'ombilic et d'une épine iliaque antérieure et supérieure à celle de l'autre côté. Les limites de la tumeur dépassent le pli de Douglas supérieurement. A la palpation, on reconnaît une assez forte tension des parois de la tumeur, et profondément une fluctuation manifeste suivant tous les diamètres avec un petit clapotement gazeux. Sur les limites de la tuméfaction, la fluctuation disparaît. — Les troubles fonctionnels sont peu accentués ; à part la fréquence et la douleur des mictions et la constipation, on ne trouve aucun signe évident.

Les parties molles sus-péniennes sont œdématisées : il n'y a pas de rougeur des téguments. Le malade a un facies abdominal des plus prononcés, la langue est chargée d'un enduit brunâtre, fuligineux, la fièvre est vive ; la température atteint 39° le soir. Pas de frissons. Il y a de l'anorexie.

Diagnostic : Phlegmon de la cavité de Retzius.

20 octobre. M. Rohmer se décide à intervenir. Le malade étant chloroformé, et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, il pratique une incision de 7 à 8 centimètres au-dessus du pubis et sur la ligne

médiane. Les muscles étant incisés, il sort de la plaie environ un litre de pus phlegmoneux, jaunâtre, épais, et fétide. La tumeur s'affaisse. Le doigt introduit dans la cavité limite une collection qui a décollé le péritoine jusqu'au niveau de l'ombilic et qui descend derrière le pubis. Latéralement on ne peut atteindre les limites du décollement.

On fait ensuite un pansement phéniqué mouillé. Le soir, température 38°4.

21 octobre. La nuit a été assez calme ; l'écoulement du pus a été très considérable pendant la nuit ; on peut l'évaluer à environ deux litres. Température : matin 37°8. Soir 38. Pouls : 108 le matin, 112 le soir.

22 octobre. A la visite, on remarque que le liquide qui s'est écoulé de la plaie a une coloration verdâtre, contenant comme des détritüs alimentaires avec des débris de tissu cellulaire sphacélé. Au microscope, ces produits contiennent du pus et des granulations graisseuses. Température : 38°6 le matin, 38° le soir. Une selle dans la journée. Bon appétit.

Régime ordinaire.

23 octobre. Les mêmes matières s'écoulent de la plaie en grande quantité : pour faciliter l'écoulement, on fait mettre le malade dans la position genu-pectorale. On émet l'hypothèse d'une fistule intestinale.

24 octobre On s'assure de la présence de matières fécales dans l'écoulement par la plaie. Sous l'influence de l'ingestion de sous-nitrate de bismuth, et de raisins, on trouve des matières noires et des pépins. Plus de doute sur l'existence d'une fistule intestinale. Comme les matières sont liquides, verdâtres, il est probable que la communication a lieu avec l'intestin grêle. Température : matin 37°2 soir 37°6. Pouls : matin 160, soir 110.

26 octobre. L'écoulement des matières est considérable : on ne fait sortir que peu de pus par la pression à la périphérie de la tumeur. On met le malade au régime exclusif du lait, des œufs et du

bouillon. Pas d'aliments solides. Température : matin 37°2, soir 38°4. Pouls : matin 100, soir 108.

28 octobre. Même état. Écoulement constant des matières stercorales par la plaie : cependant il y a une selle tous les jours.

La digestion est régulière. Température : matin 36°8, soir 38°8. Pouls : matin 100, soir 110.

29 octobre. La fièvre est moins vive. Les matières sortent en moindre quantité.

30 octobre. Les matières ne sont pas sorties depuis hier soir. Une selle abondante, même régime. État général très-bon. Température : matin 37°6, soir 38°2. Pouls : matin 100, soir 100.

1^{er} novembre. Les matières stercorales font encore irruption de temps à autre, mais beaucoup moins qu'avant. Il n'y a plus de fièvre. Température : matin 37°, soir 38°4. Pouls : matin 104, soir 96.

5 novembre. De temps en temps, il passe un petit flot de liquide stercoral. La plaie a bon aspect. Selles tous les jours, même régime. Pas de douleurs.

Après plusieurs alternatives, la fistule stercorale se ferme et dès lors la plaie cutanée se réunit.

Après un repos de quelques jours, le malade put sortir complètement guéri de son affection (15 novembre 1884).

Observation LVII. — (Bullet. méd. du Nord 1861, relatée par M. Wannebroncq).

— **Tumeur urinaire suppurée de la paroi abdominale. Péritonite circonscrite, perforation intestinale, fistule stercorale. — Phthisie. — Mort. — Autopsie.**

Charles van Brækele, 52 ans, fleur de coton, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 18 juillet 1861. Taille moyenne, constitution assez vigoureuse en apparence, santé bonne jusque dans ces derniers temps.

Il y a neuf mois environ, il fit, dans un escalier, une chute violente sur le siège, et ressentit immédiatement des douleurs au périnée et au bas-ventre. Trois mois après, il entre à l'hôpital pour un abcès périnéal qui fut ouvert et se referma promptement. Il sort de l'hôpital, mais sent encore des douleurs à l'hypogastre et le long du canal de l'urèthre à chaque miction.

Quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, il remarqua une tumeur, de la grosseur d'une noix, située au-dessus du pubis, et à quelques centimètres à gauche de la ligne médiane.

La tumeur s'accrut progressivement ; aujourd'hui, lorsqu'on l'embrasse toute entière, en plongeant les mains sur les parties latérales et en déprimant la paroi abdominale, on peut évaluer son volume à celui d'une tête d'enfant de un à deux ans.

Elle est assez régulièrement ovoïde, s'enfonce dans le bassin d'une part et de l'autre remonte jusqu'à l'ombilic ; en arrière, elle touche la colonne vertébrale et fait en avant une saillie cutanée très prononcée ; elle n'a de mobilité bien marquée qu'à la partie supérieure ; en bas, elle a une dureté considérable et ne présente ni fluctuation, ni battements, ni aucun signe stéthoscopique. La peau qui la recouvre n'offre ni coloration anormale, ni adhérence, sensation très pénible dans le bas-ventre, marche très difficile. Il y a des douleurs permanentes qui, parfois, prennent le caractère d'élancements et deviennent tellement violentes que le malade pousse des cris.

Il n'a jamais pissé de sang, a toujours éprouvé du ténesme vésical depuis sa chute. Constipation habituelle.

La défécation s'accompagne de douleurs vives. Appétit conservé.

Quoique le malade affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie, on ne peut passer dans l'urèthre qu'une très fine bougie, qui est même fortement serrée à quelques centimètres du méat.

Par le toucher rectal, on sent une tumeur comprimant le rectum.

L'adhérence au pubis est telle, qu'on perçoit très faiblement les mouvements imprimés à la tumeur par la palpation hypogastrique combinée avec le toucher rectal.

On diagnostique une tumeur urinaire.

Quelques jours après l'entrée du malade, la peau présente, à la partie moyenne de la tumeur, une coloration d'un rouge brun et adhère en ce point aux parties sous-jacentes.

La fluctuation se prononce dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on fait une incision au moyen d'un bistouri et on donne issue à du pus franchement phlegmoneux.

Les 24, 25, 26, 27 juillet, la rougeur et le ramollissement superficiels se sont étendus. Petit mouvement fébrile. Pus épais, mais sanguinolent.

4 août. — Plusieurs petits abcès se sont formés et ouverts ; ils sont indépendants du premier.

7 août. — Suppuration abondante. Tumeur moins volumineuse, un peu mobile en masse. Le pus n'a nullement l'odeur urineuse.

8 août. — La tumeur a suffisamment diminué de volume pour qu'on puisse engager l'extrémité des doigts, latéralement, sous la face postérieure.

Traitement jusqu'à ce jour : bon régime alimentaire, cataplasmes sur le ventre, ouverture des abcès, établissement de tubes à drainage, cathétérisme journalier.

9 août. — Une portion décollée du segment se mortifie et met à découvert une épaisse couche d'une matière grumeleuse, comme vermulée, friable, d'un gris jaunâtre (au microscope, on voit du pus et des globules inflammatoires de lymphé).

14 août. — Ouverture d'un abcès urinaire. Miction moins fréquente. Pas de changement remarquable jusqu'au 14 septembre.

Ce jour-là, le malade éprouve des douleurs vives dans l'abdomen, des difficultés très grandes pour rendre seulement une petite quantité d'urine ; quelques nausées, puis des vomissements répétés, bilieux d'abord, puis couleur café au lait, et mêlés de pus ; refroidissement général, extrémités cyanosées, facies péritonéal, pouls fréquent, filiforme, les plaies suppurantes de la paroi sont sèches.

Cataplasmes laudanisés, potion avec acétate d'ammoniaque 10 grammes, lavements huileux.

12 septembre. — Amélioration générale. Miction facile ; les lavements ont été rendus sans matières stercorales, mais abondamment mêlés de pus. La tumeur a diminué de moitié depuis deux jours.

13, 14, 15, 16 septembre. — Etat général beaucoup plus satisfaisant. Les fistules cutanées fournissent du pus assez abondamment : du pus est également rendu par les selles.

17 septembre. — Douleurs abdominales, météorisme. Douleurs abdominales spontanées et surtout à la pression. Les lavements ne ramènent qu'un peu de pus.

20 et 21 septembre. — Plus de météorisme. Il y a quelques selles liquides et jaunâtres. Un nouvel abcès périnéal est ouvert, urines claires, miction facile. Plus de pus dans les selles.

5 octobre. — Les linges de pansement des abcès de la paroi sont teints en jaune par des matières intestinales liquides sans odeur stercorale, qui émanent d'une fistule située au centre de la tumeur.

18 octobre. — La fistule intestinale est presque complètement obli-térée. La peau se recolle.

30 octobre. — Le malade, qui est phtisique, s'affaiblit ; il meurt su-bitement en allant à la selle.

Autopsie. — 1^{er} novembre.

Il existe de petites plaques livides à la région hypogastrique : à leur centre s'ouvrent quelques trajets fistuleux. La paroi abdominale, incisée à quelques travers de doigts au-dessus de l'ombilic, et latérale-ment au niveau des épines iliaques supérieures, est rabattue sur sa face cutanée.

La face séreuse offre des traces de péritonite circonscrite ; quelques fausses membranes peu épaisses, sur la ligne médiane et à trois ou quatre centimètres au-dessous de l'ombilic, établissent des adhérences assez solides entre la paroi et une anse intestinale. Cette anse d'intestin appartient à la partie moyenne de l'iléon, et se trouve à 1 m. 70 de la valvule iléo-cœcale. L'ayant comprise entre deux ligatures, nous la coupons à ses deux extrémités pour la maintenir au contact de la paroi ; nous scions les branches horizontales et descendantes du pubis ; nous détachons la vessie du rectum et enlevons ainsi la pièce, qui doit nous montrer la nature et l'origine des lésions.

La dissection, couche par couche, de la paroi abdominale, nous fait rencontrer, dans le tissu cellulaire sous-cutané, divers petits foyers purulents, dont quelques-uns isolés et d'autres communiquant entre eux. Les muscles obliques et transverses sont sains : la ligne blanche est perforée un peu au-dessous de l'ombilic par le trajet de la fistule intestinale. Il existe une grande cavité anfractueuse développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et principalement dans le tiers infé-rieur de la gaine des muscles droits. Ce foyer contient du pus, une matière puriforme, presque caséeuse, analogue à celle que nous avons observée dans le tissu cellulaire sous-cutané, une petite quantité d'u-rine et quelques traces de matières fécaloïdes.

A la partie moyenne de cette cavité, s'ouvre l'anse intestinale que nous avons signalée, par un pertuis très étroit qui devait être primiti-

vement bien plus large, si l'on tient compte de la réparation cicatricielle qui s'observe autour de la fistule, vue par la face muqueuse intestinale.

A la partie inférieure du foyer, se trouve une large fistule qui mène à la vessie. Cet organe étant incisé transversalement, en arrière du bas-fond, on trouve successivement : les orifices des deux uretères, le col vésical, et à deux centimètres de celui-ci, sur le côté gauche et un peu au-dessus, un orifice bien plus considérable que celui des uretères, de forme ovale, à grand diamètre vertical, admettant une sonde cannelée ordinaire, laquelle, après un trajet de quelques centimètres en haut, en dedans et en avant, pénètre dans le foyer anfractueux que nous avons décrit. Autour de ce dernier trajet, on sent un tissu dense d'une dureté presque ligneuse, de la grosseur d'un œuf, qui se perd derrière et au-dessus du pubis dans les parois du foyer. L'incision de ce tissu ne permet pas d'y découvrir autre chose qu'une masse homogène et amorphe.

Le réservoir urinaire est réduit à une très faible capacité, il ne présente aucune altération phlegmasique de la muqueuse. Celle-ci offre seulement des plissements épais, surtout vers le sommet.

Tout le sommet de la vessie est compris dans une masse de tissu dense, sans organisation marquée, qui constitue la partie inférieure des parois du grand foyer purulent. Le péritoine qui recouvre la face postérieure de la vessie est assez fortement épaissi.

Prostate assez volumineuse, mais sans altération.

L'urèthre présente un rétrécissement à quatre centimètres du méat.

Lésions de tuberculose.

Le cœur droit renferme des caillots volumineux, fortement fibrineux, et évidemment formés un temps assez long avant la mort.

Peut-être ces caillots sont-ils la cause de la mort subite à laquelle a succombé notre malade.

M. Bouilly ne signale pas cette terminaison par ouverture dans l'intestin grêle.

Blin, qui a étudié cette question à propos d'autres phlegmons de la cavité abdominale, dit que neuf fois sur dix c'est le gros intestin qui est le siège de la perforation et une fois l'intestin

grèle ; il explique cela par l'absence du péritoine. « A mesure
« que le pus augmente, dit-il, et que le foyer s'agrandit, le
« péritoine refoulé progressivement se décolle, et permet au
« pus de s'étendre de manière à pouvoir atteindre sans perfo-
« rer la séreuse, la paroi de l'abdomen opposée à celle où il
« s'est primitivement formé. »

Poisson, dans sa thèse sur les phlegmons de la paroi abdominale antérieure (Paris 1877), dit :

« Dans le cas où par un mécanisme qui échappe à l'obser-
« vation le pus ne rencontre pas du côté du péritoine renforcé
« une barrière suffisante, le pus peut se faire jour dans l'in-
« testin. » — Il cite à ce sujet l'observation XIV de Trécourt.
Cette observation est encore prise pour exemple de fistule ster-
corale avec guérison rapide par le professeur Guyon à propos
de l'ouverture des phlegmons de l'abdomen dans l'intestin.
(Dict. des sciences médicales à l'article Abdomen). Nous rap-
portons ici ce cas qui, contrairement à ce que dit M. Guyon,
s'est terminé par la mort de la malade.

Observation LVIII (Trécourt. Mémoires de chirurgie 1769, obs. XIV, p. 147).

Il y a sept ans qu'une dame, âgée d'environ 48 ans, fut surprise, à une partie de plaisir à la campagne, d'une très grande douleur dans le ventre, environ à trois doigts de l'ombilic ; cette dame était fort grasse ; on traita cette douleur de colique ; on donna des lavements, des potions huileuses, anodines, d'eau de casse avec la manne ; on appliqua des fomentations et des cataplasmes ; on fit deux saignées du bras, mais fort éloignées l'une de l'autre ; rien de tout cela ne put diminuer la douleur qui allait toujours en augmentant ; elle était circonscrite, c'est-à-dire qu'elle pouvait s'étendre de la grandeur de trois travers de doigts. Au bout d'un mois de souffrance, on fit appeler un chirurgien, qui, en touchant la partie douloureuse, sentit une tumeur sous le muscle droit du côté droit, de la grosseur d'un petit œuf de poule ; on y appliqua des maturatifs et attractifs fort chauds, comme l'onguent d'althéa et le basi-

licum, sans correctif. Le huitième jour de cette application la tumeur était saillante au dehors, on l'ouvrit à côté du muscle droit ; l'incision était d'environ deux pouces de longueur. Cinq ou six jours après, voyant que la matière était plus abondante que le premier, on passa une sonde à femme sous le muscle droit et la ligne blanche ; on fit une contr'ouverture à côté du muscle droit du côté gauche, de la grandeur à peu près de la première, et à pareille hauteur ; on y passa un séton de fil de coton ; mais quinze jours après cette dernière manœuvre, les choses n'étaient pas plus avancées, au contraire, la suppuration était plus abondante et plus fétide, et la malade perdait ses forces. Je fus appelé (c'était à dix lieues de chez moi), j'y trouvai deux médecins très renommés. Ayant interrogé la malade, j'appris qu'elle était dans le temps de perdre ses règles, ou plutôt qu'elle les avait perdues depuis six mois.

Quoiqu'elle fût d'un bon tempérament (elle n'avait jamais été malade depuis l'âge de quinze ans qu'elle avait commencé à avoir ses règles, temps auquel elle eut un dépôt au bras qui fut très difficile à guérir) ses menstrues étaient d'une qualité glaireuse, et sur la fin elles dégénéraient en fleurs blanches. Depuis environ deux ans, toutes les fois qu'elles voulaient paraître, elles s'annonçaient par des douleurs dans le ventre, à peu près dans l'endroit où la tumeur s'était formée. Moyennant ces éclaircissements, la véritable cause de cette maladie ne fut plus un problème ; on ne pouvait douter que ce ne fût ce sang menstruel, épais et glaireux, retenu et arrêté à la partie affectée, qui avait causé tous les symptômes antérieurs à la formation de l'abcès ; cette partie avait été vraisemblablement affaiblie depuis longtemps, par quelques causes occultes ; on n'avait fait aucun remède qui eût recours à la cause, puisqu'elle n'était pas connue ; il aurait fallu dès les premiers jours que la douleur se fit sentir, faire des saignées du bras réitérées, et proches les unes des autres, pour suppléer à l'évacuation périodique arrêtée, mettre la malade dans les bains, demi-bains, et à l'usage des boissons atténuantes, délayantes et apéritives, tant en tisane qu'en bouillon, interrompus seulement par des purgatifs légers, fondants et attractifs, réitérés suivant l'usage des cas. Toutes les potions huileuses et anodines sont plus capables dans ce cas de coopérer à l'épaississement des liqueurs que de les diviser ; les topiques chauds et attractifs ont dû

fixer l'humeur et en attirer davantage sur la partie ; les émollients et les résolutifs étaient mieux indiqués.

J'examinai la malade, je retirai le séton et par le moyen de la sonde, je découvris une poche du côté gauche de la profondeur d'environ trois pouces ; je proposai d'allonger l'incision de ce côté-là, la malade ne voulut jamais y consentir : je fus obligé de prendre le parti des injections. Comme la malade était extrêmement faible, et qu'il y avait à craindre pour la gangrène, je proposai le quinquina en infusion, mais la malade s'en dégoûta au bout de trois jours. Le quinzième de l'usage des injections, je m'aperçus d'une odeur cadavéreuse et de matières fécales qui sortaient par la plaie avec des vents ; je fis faire l'injection, elle ne sortit point comme à l'ordinaire ; j'achevai le pansement et je fis administrer les sacrements à la malade ; j'annonçai qu'elle périrait avant deux fois vingt-quatre heures, et effectivement elle mourut la seconde nuit suivante. Il ne fut pas possible d'obtenir la permission de faire l'ouverture du cadavre ; mais il est certain qu'on aurait trouvé le foyer de l'abcès, entre le péritoine et les aponévroses des muscles du bas-ventre qui forment la ligne blanche, lequel abcès avait détruit une portion du péritoine où l'intestin était adhérent. Si on eût ouvert ce dépôt de bonne heure dans toute sa longueur, on aurait pu prévenir cette fâcheuse catastrophe : ce n'est pas la première fois que le péritoine a été percé et adhérent aux viscères qu'il contient.

« Dans ces cas, ajoute Poisson, l'issue du pus avec les
« matières fécales, l'affaissement de la tumeur sont les signes
« de cette terminaison ; puis, consécutivement, les matières
« fécales pénètrent dans la poche évacuée, y provoquent une
« inflammation souvent violente et qui peut même être dif-
« fuse, et nous assistons à la formation d'une fistule stercorale.

« Ces fistules, dit-il au chapitre du pronostic, quand elles
« siègent sur la première partie de l'intestin grêle et qu'elles
« laissent passer une grande partie des matières fécales, peu-
« vent entraîner par cachexie la mort des malades. »

A propos du diagnostic, il ajoute que « dans certains cas,
« malgré une ouverture très suffisante à la peau, le pus d'un

« phlegmon de la paroi abdominale a pu se frayer une voie
« vers l'intestin et consécutivement les matières fécales sortir
« par cette ouverture. »

Gosselin, dans son chapitre « des abcès péritonéaux de la paroi abdominale » ne cite leurs rapports avec l'intestin qu'à propos des perforations intestinales primitives avec phlegmons consécutifs. (Clinique de Gosselin.)

Dumas (Montpellier médical, Tome XXXVIII, février 1877), dit qu'il est arrivé plusieurs fois que les abcès se sont ouverts dans le péritoine et même dans un des viscères, l'intestin ou la vessie ; il ajoute que la gravité est grande en pareil cas, mais qu'on cite cependant quelques guérisons exceptionnelles. Il ne donne pas d'indication à ce sujet.

Cruveilhier voit dans le fascia propria ou aponévrose sous-péritonéale un obstacle à la pénétration du pus dans le péritoine ; une prolifération inflammatoire le rendrait plus épais et donnerait de la résistance aux parois du foyer qui en outre seraient soutenues par les viscères intra-abdominaux.

Grisolle, dans sa « Pathologie interne » (tome II, p. 408), dit que les perforations qui se font du péritoine vers la muqueuse intestinale résultent de l'extension à l'intestin d'une maladie des organes voisins ; elles constituent tantôt une complication nouvelle, tantôt elles sont un des modes de guérison d'une maladie telle que les abcès des fosses iliaques et des ligaments larges. Le pus s'évacue par l'anus et on constate l'affaissement de la tumeur.

Dance, dans le « Dictionnaire de Médecine en 30 volumes » voit dans l'épaississement du péritoine une impossibilité pour le pus de se porter vers l'intérieur de l'abdomen, et il ajoute à cela la résistance naturelle qu'opposent les viscères jointe à leur mouvement expansif propre. Puis il parle de l'odeur fé-

cale qui a fait croire pendant longtemps à la perforation de l'intestin et à sa communication avec le foyer.

Dans les réflexions qui suivent les observations de M. *Pauzat* (Gazette médicale de Paris 1883, p. 428), et en particulier à propos de son observation de phlegmon prévésical rétro-pubien consécutif à une pérityphlite, il énonce comme terminaison la possibilité de l'ouverture des phlegmons prévésicaux dans l'intestin grêle :

« La tumeur est entrée en voie de résolution rapide ou bien le pus s'est déversé dans une cavité voisine ; la vessie ne peut entrer en ligne de compte ; nous ne nous sommes pas arrêté à l'idée d'une communication avec l'intestin grêle, à cause de l'absence de péritonite même localisée en dehors de la région cœcale. Le plus probable, c'est la communication du foyer purulent avec le cœcum »

Mais lorsqu'il traite de la terminaison de ces phlegmons, il ne cite pas l'ouverture dans l'intestin grêle.

En résumé, nous voyons que les auteurs n'ont pas insisté sur cette terminaison des phlegmons prévésicaux, soit que les faits de ce genre soient rares, soit que ceux qui ont été observés aient été mal interprétés. Il est bien possible, en effet, que certains cas de phlegmons ouverts dans l'intestin ont été considérés comme ouverts dans le rectum ; de plus, les auteurs qui parlent de l'issue du pus à travers l'intestin entendent pour la plupart le gros intestin.

Nous allons maintenant rechercher comment cette perforation pourra se diagnostiquer et comment elle a pu se produire. Enfin, nous tâcherons de voir si du fait que nous avons observé, il nous sera possible de tirer quelques déductions utiles.

*a) Diagnostic de la perforation. — Siège de la perforation.
— Son influence sur le pronostic.*

Il ne faut pas considérer comme un signe de perforation intestinale l'odeur des matières qui s'échappent de l'ouverture fistuleuse; il en est de même pour les gaz qu'on peut y trouver. Il est admis que les suppurations développées, non seulement au contact de l'intestin, mais même à une certaine distance du tube digestif, acquièrent parfois une grande fétidité. Il existe même des observations où il y aurait fistule stercorale avec écoulement abondant de matières fécales, sans pour cela qu'il y ait la moindre odeur fécaloïde. Blin en cite un exemple remarquable dans sa thèse à propos d'un phlegmon de la fosse iliaque droite.

Pour poser le diagnostic de fistule stercorale, il faut qu'il y ait une ouverture laissant passage à des matières fécales; l'examen de celles-ci pourra renseigner sur le siège de la perforation intestinale.

Velpeau (Gaz. méd., Paris 1833, page 701), a déjà insisté sur cette question : « Lorsqu'on voit des fèces réduits en bouillie jaunâtre, ayant fortement l'odeur de matières stercorales, sans offrir des bribes d'aliments non digérés, on peut être certain que la fin de l'iléon est le siège de la perforation. Elle existe au contraire, au commencement de l'intestin grêle lorsqu'on voit sortir une bouillie réduite en pulpe gélatineuse, blanchâtre, inodore. Mais si les fèces offrent la couleur, l'odeur et la consistance des matières stercorales, la perforation existe alors sur le trajet du gros intestin. »

La présence dans les excréments de fragments alimentaires incomplètement digérés, la sortie quelques instants après

leur ingestion d'aliments liquides sont l'indice d'une perforation de l'intestin grêle.

C'est ainsi que dans notre observation, nous pûmes diagnostiquer une fistule stercorale par la sortie de pépins de raisin et par la coloration noire des matières due à l'ingestion de sous-nitrate de bismuth. Dans les deux ou trois premiers jours cependant, on hésitait sur le diagnostic de fistule intestinale ; le microscope lui-même ne donnait aucun renseignement sur la nature des matières qui s'écoulaient. Nous pûmes enfin déterminer approximativement le siège de la perforation par l'examen des produits morbides.

Quant au siège de la fistule intestinale, nous ne pouvons pas le préciser ; ce que nous pouvons affirmer, d'après notre observation et d'après l'examen des matières fécales, c'est que la perforation siégeait sur l'intestin grêle. Dans l'observation de M. Wannebroucq, la perforation siégeait à 1^m,70 de la valvule iléo-cœcale, c'est-à-dire à peu près vers la partie moyenne de l'iléon.

En général, le siège de la perforation sera variable : la cavité purulente en se distendant affecte au fur et à mesure de sa distension des rapports avec différentes anses intestinales : de plus, tout l'intestin grêle est composé de circonvolutions très mobiles les unes sur les autres, qui forment une masse flottante dans la cavité abdominale.

Cette détermination pourra être faite approximativement par l'état de la nutrition chez le malade : celle-ci est, en effet, subordonnée en grande partie au siège de la perforation intestinale. Elle ne sera que peu ou pas influencée si la fistule se trouve sur le gros intestin ; elle le sera profondément si elle siége sur l'intestin grêle, surtout si c'est sur un segment très rapproché de l'estomac : la sortie continuelle des matières,

en effet, n'ayant pas encore subi la digestion sera une cause de dépérissement rapide. Cela n'a pas toujours lieu, car la perforation pourra siéger sur la dernière portion de l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale : dans ces cas la santé générale pourra redevenir très bonne : c'est ce qui est arrivé dans l'observation de M. Wannebroucq où la perforation siégeait à 1^m,70 de la valvule iléo-cœcale : il en a probablement été de même dans notre observation, car la santé du malade s'est toujours maintenue relativement bonne. De plus, il faudra tenir compte des dimensions de la perforation qui pourra être très étroite ou très large, et qui aura aussi une grande influence sur le pronostic.

Dupuytren, à propos des anus contre nature, a en outre expliqué ce retour à un état général satisfaisant par un excès d'activité et de développement des vaisseaux du bout supérieur de l'intestin : il s'établirait ainsi une sorte de compensation suppléant à la perte fonctionnelle du bout inférieur.

Citons ici l'opinion de M. Bernutz (Archives de médecine 1850), à propos du pronostic des phlegmons de l'abdomen :
« Outre les dangers des suppurations énormes et de leur prolongation, d'où peut résulter une fièvre hectique mortelle,
« on doit redouter que le pus, au lieu de se porter au dehors,
« ne se dirige vers la cavité abdominale. Pour que les
« phlegmons de la région ombilicale puissent s'ouvrir dans
« l'intestin, il faut que celui-ci adhère à la paroi abdominale,
« à l'aide de fausses membranes produites elles-mêmes par
« une péritonite plus ou moins étendue, et dont on peut d'autant moins prévoir d'avance la gravité, qu'on a vu dans
« d'autres régions la mort être la suite d'une inflammation de
« la séreuse, due ainsi à l'extension par contiguïté du travail
« inflammatoire. De plus, la communication établie entre un

“ abcès et l'intestin, peut, dans la région ombilicale notam-
“ ment, donner lieu à l'épanchement des matières fécales et
“ ainsi à une fistule stercorale, qui, il est vrai, a guéri rapi-
“ dement dans l'observation XIV du mémoire de Trécourt,
“ mais qui eût pu devenir excessivement fâcheuse. D'ailleurs,
“ le passage du pus dans le tube digestif entraîne parfois à
“ sa suite une diarrhée purulente symptomatique du travail
“ inflammatoire engendré dans l'intestin, et rend ainsi cette
“ voie d'élimination moins avantageuse que l'ouverture exté-
“ rieure de l'abcès. Mais le plus grand danger, c'est la pro-
“ duction d'une péritonite le plus souvent mortelle. »

b) Pathogénie.

Il faut maintenant nous demander quel a été le mécanisme de la production de la fistule stercorale. Pourquoi dans notre cas l'adhérence intestinale s'est-elle faite ? nous voyons dans les antécédents de notre malade qu'il était maçon : il portait des pierres en les appuyant sur son ventre ; ce traumatisme a provoqué sans doute des adhérences intestinales et a favorisé la perforation ultérieure de l'intestin qui, par cela même, était moins résistant que la paroi abdominale : la contusion répétée a en un mot provoqué la formation d'une péritonite circonscrite.

D'un autre côté, si on n'admet pas cette pathogénie, nous pouvons considérer le pus du phlegmon comme ayant apparu primitivement et ayant occasionné par sa présence une péritonite circonscrite. — L'irritation a amené l'inflammation du feuillet pariétal du péritoine, et la formation d'une petite quantité de lymphe plastique. Si, au contraire, celle-ci avait été abondante elle aurait pu produire une péritonite généralisée. Cette lymphe a donc été le point de départ d'adhérences

qui ont uni le péritoine pariétal au péritoine viscéral, et par suite l'adhérence de l'intestin à la tumeur. Si la séreuse, au lieu d'être malade, enflammée, avait été intacte, la perforation aurait été suivie d'une péritonite généralisée ; mais si auparavant des adhérences ont fusionné ses deux feuillets, la cavité péritonéale est absolument effacée en ce point et une perforation peut se produire sans ouvrir aux produits morbides une voie capable de les mettre en contact avec la surface épithéliale dont la susceptibilité est extrême : en un mot, sans leur permettre d'étendre, de généraliser leur fâcheuse influence à toute la séreuse.

Ces adhérences ont été avec raison appelées préservatrices ; car, dans notre cas, elles ont prévenu l'irruption du pus dans la cavité péritonéale. Ce moyen, employé par la nature, pour éliminer le plus vite possible les produits de la suppuration, l'art l'imité avec succès dans certains cas ; c'est ainsi que Récamier chercha à le reproduire pour obtenir l'ouverture de certains kystes et abcès du foie, par exemple.



CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous n'avons pas l'intention de parler ici du traitement du phlegmon prévésical : nous voulons seulement voir en quelques mots comment d'une part, nous pourrions empêcher une terminaison fâcheuse, et d'autre part comment nous pourrions traiter les terminaisons et les complications qui pourront se produire. Ce qu'il faudra chercher à obtenir au début, ce sera la résolution de la phlegmasie, dans plusieurs observations les vésicatoires ont donné de bons résultats ; on pourra employer successivement les résolutifs et surtout la glace.

Il faudra surveiller de tout près la marche de l'affection, et dès que la fluctuation sera manifeste, il faudra intervenir et pratiquer l'ouverture de l'abcès, soit par une ponction, soit par une incision. Celle-ci mettra en garde contre les complications qui ont été signalées et qui peuvent être très graves.

L'incision est préférable ; elle devra être faite sur la ligne médiane, en ayant soin de bien diviser couche par couche, soit près du pubis, soit près de l'ombilic. Un drain sera utile pour faciliter l'écoulement du pus. Mais celui-ci, vu la position horizontale du malade, se trouvera dans une mauvaise situation pour être évacué au dehors ; il en résultera une stagnation qui pourra épuiser le malade et amener une issue fatale. Trécourt (loc. cit.), parlant du procédé opératoire pour ouvrir les abcès de cette région, a déjà dit qu'il ne faut pas laisser de

cul-de-sac où le pus puisse séjourner « parce que la matière
« qui séjourne peut ronger et détruire le péritoine à ce niveau,
« d'où s'ensuit un épanchement dans le bas-ventre, et souvent
« la perforation de l'intestin lorsqu'il a contracté des adhé-
« rences avec cette membrane. »

Il sera donc utile de pratiquer une contr'ouverture à la partie déclive. M. Bouilly conseille de faire dès le début une large incision sus-pubienne et de n'en faire plus haut que pour le lavage de la poche.

Chez la femme, le pus indique lui-même la voie qui doit lui être ouverte et le siège de la contr'ouverture ; nous avons vu en effet se produire une ouverture spontanée de la collection dans le vagin : on peut alors pratiquer le drainage abdomino-vaginal.

M. Bernutz, dans un article du « Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques », raconte un fait observé dans le service de son collègue Marrotte ; à ce sujet il donne le précepte, après l'ouverture artificielle ou spontanée de l'abcès, d'introduire par la fistule abdominale un long trocart courbe dont on ferait saillir la pointe dans un des culs-de-sac du vagin.

Cette opération a été pratiquée avec succès par Gosselin, Gillette et Lefort. Nous rapportons ces observations en résumé :

Observation LIX (R.). — (Gillette, *Bullet. et Mém. Soc. Chirurgie*, t. 4, 1878 p. 171. in thèse de Bouilly).

Marie G... 25 ans, à la suite d'un accouchement, est atteinte d'un phlegmon suppuré du ligament large gauche, étendu au petit bassin et à toute la région prévésicale.

Le pus s'est ouvert dans la vessie. Masse indurée au dessus du pubis remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic: on

constate une tumeur rénitente dans le cul de sac antérieur du vagin. Ponction au-dessus de la symphise pubienne à trois travers de doigt : le pus s'écoule difficilement : aussi quelques jours après on pratique une incision et on fait des injections chloralées.

Le pus s'écoulant encore mal, on fait le drainage abdomino-vaginal au moyen du gros trocart courbe de Chassaignac : écoulement facile de pus. Guérison.

(Observation LX (R.). — Lefort, hôpital Baujon. In thèse de Bouilly).

Femme de 42 ans, après excès de travail à la machine, ressentit en février 1879, une douleur vive dans la fosse iliaque droite : on sent à ce niveau une tumeur douloureuse, fluctuante, et M. Millard pratiqua une ponction le 31 juillet. Nouvelle ponction le 28 août. Troisième ponction le 17 novembre : quatrième ponction le 15 mars 1880 : ces ponctions donnent un pus fétide abondant. Une cinquième ponction fut faite à la fin de mars sans résultat.

Le 10 avril M. Lefort constate une tuméfaction dans la région sus-pubienne se prolongeant dans la fosse iliaque droite : elle est mate, fluctuante, peu douloureuse.

Empâtement dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Incision sur la ligne médiane ; drainage abdomino-vaginal : on constate une communication du foyer avec la vessie. Après plusieurs alternatives, l'écoulement de pus cesse, les plaies se referment, la miction devient régulière, et la malade sort guérie.

Observation (R.). — (Voir observation XXXIX, page 31. Union médicale, 2 juin 1864, in thèse Bouilly).

Rosalie A... 23 ans, est atteinte de pelvipéritonite après un accouchement. Dix-huit mois après elle ressent des douleurs sourdes, lancinantes dans le ventre.

On sent une tumeur ovoïde, médiane, douloureuse au niveau de l'hypogastre. Entre le col utérin et le pubis on sent une tumeur mollassse. La tumeur devient fluctuante et s'ouvre spontanément à l'ombilic. M. Gosselin pratique le drainage du vagin à l'ombilic : écoulement abondant de pus. Guérison.

Dans deux cas, le trocart a blessé la vessie à cause d'adhérences qui reliaient cet organe à la paroi abdominale antérieure : il s'est écoulé un flot d'urine par la plaie.

Cet accident s'est produit dans d'autres opérations chirurgicales, et il a eu peu de gravité dans ces cas.

Indépendamment de ces observations, le drainage abdomino-vaginal a été pratiqué à l'hôpital Beaujon par M. Tillaux au sujet d'un phlegmon prévésical : voici cette observation qui est publiée dans la Gazette des hôpitaux (1880 n° 41) : nous y trouvons de nombreux préceptes et précautions à prendre pour éviter la blessure de la vessie :

Observation LXXI. — Phlegmon prévésical, opéré par M. Tillaux (Gazette des hôpitaux 1880, n° 41. Hôpital Beaujon).

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années qui avait séjourné plusieurs mois dans le service de M. le docteur Féréol : on l'avait fait passer ensuite en chirurgie, après avoir épuisé toutes les ressources d'une thérapeutique rationnelle.

Le lésion locale, qui datait de quinze mois, consistait en une induration de la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Cette masse considérable indurée ne présentait pas de fluctuation. Elle avait bien déterminé de temps à autre un peu de réaction, mais l'état local seul appelait l'attention du chirurgien.

Le 24 mars dernier, la malade étant chloroformisée et les cuisses étant écartées, M. Tillaux fait sur la ligne médiane une incision verticale de cinq à six centimètres, comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la ligne blanche, jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. Dans cette opération, la blessure du péritoine n'est pas à craindre, parce que la séreuse a été refoulée en haut et en arrière par la tuméfaction du tissu cellulaire de la cavité de Retzius. Tel est le premier temps de l'opération.

Dans un deuxième temps, le chirurgien introduit un long trocart courbe dans le vestibule de la vulve, à quelques millimètres au-dessus du méat urinaire. Puis il pousse le trocart et le dirige de manière à le

faire glisser au-dessous de la symphise pubienne d'abord, en arrière ensuite, entre le pubis et la face antérieure de la vessie, jusqu'à la plaie de la paroi abdominale antérieure.

Dans ce temps de l'opération, aucun organe important ne court le risque d'être blessé ; le trocart chemine en avant du canal de l'urèthre dans une couche celluleuse, puis il traverse l'aponévrose moyenne du périnée. Cette région est à peine vasculaire.

Au moyen du trocart, un drain est passé dans la plaie et les deux bouts en sont réunis au-devant du pubis. Voilà le troisième et dernier temps.

Une sonde introduite dans la vessie montre, par l'écoulement de l'urine, que le trocart n'a pas blessé cet organe.

M. Tillaux préfère avec raison son procédé à celui d'Aran, qui, dans des cas analogues, faisait passer un long trocart courbe par le cul-de-sac vaginal postérieur pour le ramener au-dessus du pubis. Le procédé d'Aran avait des inconvénients ; il n'était pas précis, on pouvait blesser des organes sains, et on n'était pas toujours certain d'opérer en pleine lésion.

Le but que M. Tillaux s'est proposé est celui-ci : établir une suppuration du tissu cellulaire de la cavité de Retzius, et amener ainsi la fonte de la masse indurée pour laquelle il a pratiqué l'opération. Si quelque foyer purulent existe, comme cela est possible, dans l'épaisseur de cette induration, il s'écoulera également par la plaie. Si quelque chirurgien était tenté de répéter cette opération, nous lui ferions une recommandation expresse, afin d'éviter la blessure de la vessie. Il faut se rappeler que la paroi, dite antérieure, de la vessie est plutôt inférieure ; le bassin est plus incliné qu'on ne se l'imagine d'ordinaire, et la symphise a une direction qui se rapproche de l'horizontale. Il faudra donc, aussitôt que le trocart sera arrivé au-dessous de la symphise, le porter, après avoir contourné le bord inférieur de la symphise, presque directement en avant.

Autre point important. Le trocart ayant pénétré un peu en arrière de la symphise pubienne, nous serions d'avis de ne laisser que la canule du trocart et de pousser celle-ci seule jusqu'au fond de la plaie de la paroi abdominale antérieure. Le tissu cellulaire prévésical étant lâche, la canule le traverserait avec facilité, et l'on serait certain de ne pas blesser la vessie.

Si la fluctuation est méconnue, ou si l'incision n'est pas faite à temps, le pus pourra suivre les différentes routes que nous avons signalées. S'il tombe dans la cavité péritonéale, il se développera une péritonite généralisée, rapidement mortelle.

L'expectation sera encore le traitement dans le cas d'ouverture dans le rectum, dans le cœcum, dans l'intestin ; il en sera de même lorsque le pus se fait jour à la peau, à l'ombilic, ou à la vessie. Cependant dans le cas d'ouverture dans l'intestin, comme dans notre observation, il faudra néanmoins pratiquer une ouverture artificielle à la paroi abdominale ; cette incision donnera plus vite issue au pus et contribuera à la rapidité de la guérison de la fistule. Si ce moyen échoue, on pourra de plus avoir recours au traitement des fistules pyo-stercorales ou des anus contre nature.

Pour empêcher la stagnation du pus et des matières, nous avons fait mettre le malade dans la position genu-pectorale, chaque fois qu'on renouvelait son pansement ; c'est dans cette position que l'écoulement se faisait le mieux.

Dupuytren faisait coucher ses malades sur le ventre, pour faciliter cet écoulement. Blin prétend que la position assise est suffisante. Nous avons mis le malade au régime exclusif du bouillon, du lait, et des œufs ; nous avons proscrit les aliments solides. Quelques purgatifs légers seront utiles pour favoriser le cours des matières fécales en combattant la constipation. En même temps, on administrera des toniques.

Il existe enfin une complication qui devra être traitée : c'est la fistulisation de l'orifice soit spontané soit artificiel. Dans l'observation XLV due à M. Gross, la fistule ombilicale persiste depuis plusieurs années. Il faudra dans ces cas tâcher d'en hâter la guérison par des irritants et des caustiques :

tous les moyens ont été employés, mais sans résultat ; iodoforme, nitrate d'argent, lavages boriqués, etc.

Il est alors nécessaire de songer à pratiquer une contr'ouverture en un point déclive, soit au-dessus, soit au-dessous du pubis : c'est ce que M. Gross a proposé à son malade.

Quant aux ouvertures spontanées dans la vessie, quoique très rares, il faudra leur appliquer le traitement des fistules vésico-cutanées hypogastriques.

Enfin, ce sera plutôt la santé générale qui en s'améliorant, arrivera à justifier de ces complications.



CONCLUSIONS

Il résulte du fait que nous venons d'exposer que le phlegmon de Retzius peut avoir de nombreuses terminaisons bien différentes les unes des autres.

La terminaison par ouverture dans l'intestin grêle, quoique très rare, est cependant possible.

Le diagnostic de fistule pyo-stercorale ne pourra être posé que d'après l'écoulement au dehors des matières intestinales mêlées au pus provenant de la cavité purulente.

Le siège de la perforation sera déterminé par l'examen de ces matières. Le pronostic dépendra de ce siège.

Le traitement variera pour chaque terminaison : ce sera tantôt une pure expectation, tantôt il faudra intervenir. D'un autre côté, il faudra traiter les complications qui pourront survenir.

Enfin, cette terminaison par ouverture dans l'intestin grêle peut, dans certains cas, être regardée comme un mode de guérison employé par la nature pour prévenir l'épanchement du pus dans le péritoine.

Vu :

Le Président de thèse,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 18 juillet 1885.

Le Recteur,
M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Historique	5
Plan	7
CHAPITRE I. — Considérations anatomiques et étiologiques...	8
CHAPITRE II. — Terminaisons du phlegmon prévésical.....	14
1° Par Résolution	15
2° Par Induration	16
3° Par Suppuration.....	18
a) Incision.....	19
b) Ouverture dans le péritoine	23
c) Ouverture à l'ombilic	30
d) Ouverture dans la vessie	36
e) Ouverture dans le rectum	37
f) Ouverture dans le cœcum.....	38
g) Terminaisons diverses	40
CHAPITRE III. — Terminaison observée. Ouverture spontanée dans l'intestin grêle.....	45
a) Diagnostic de la perforation. Siège de la perfora- tion : son influence sur le pronostic.....	59
b) Pathogénie	62
Considérations thérapeutiques.....	64
Conclusions	71
